DOUZIEME ANNÉE N° 1 SAMEDI 4 JANVIER 1890.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

DIRECTEUR : Dr A. CÉZILLY

Vice-président de l'Union des Syndicats,
Président de l'Association des Médecins de l'Oise.

ABONNEMENTS :

France et Etranger, un an.........	20 fr.
Pour MM. les Etudiants, un an.....	5 fr.
Pour les Membres de la Société le Concours Médical..............	10 fr.
Prix du numero 25 centimes	

Le CONCOURS MÉDICAL est une association de Médecins qui s'est fondée en 1879, par l'initiative et sous la direction du Docteur Cézilly pour l'étude et la défense des intérêts professionnels. Elle compte aujourd'hui plus de 3,000 membres. Pour en faire partie, il suffit d'adhérer aux statuts, qui sont envoyés sur demande, et d'être présenté par un membre de la Société.

BUREAUX & ADMINISTRATION :
23, RUE DE DUNKERQUE (Place de la Gare du Nord.)

SERVICE DE *vaccin de génisse* DU CONCOURS MÉDICAL.

Les perfectionnements apportés à ce service permettent de réduire, dès aujourd'hui, le prix de

la lymphe vaccinale à 1 fr.
la pulpe vaccinale liquide à.............. 2 fr.

Envoi contre réception de mandat-poste à l'adresse de l'Administration du Concours médical.

AVIS

Le bureau de l'Union réclame de tous les *Secrétaires*, sans exception, *des Syndicats*, les comptes-rendus des séances de leurs sociétés en 1889.

Le président de l'Union, M. le Dr *Barat-Dulaurier*, va se mettre en relations directes avec tous les bureaux des Syndicats, afin de mener, de concert, une campagne en faveur de la revision des lois médicales et de l'établissement de l'indemnité maladie.

Il compte que tous les secrétaires des Syndicats vont déférer à ses désirs et lui envoyer les comptes-rendus des séances.

Cette demande s'adresse aux syndicats adhérents à l'Union, aussi bien qu'à ceux qui n'ont pas encore adhéré.

De l'honnêteté professionnelle, par le Dr PERRON.

On peut se procurer la brochure en adressant 1 fr.

en timbres-poste à MM. Millot frères et Cie, 20, rue Gambetta, à Besançon (Doubs), ou aux bureaux du journal.

Nous ne saurions trop engager les Membres du Concours et surtout les dignitaires des Associations médicales à se procurer et à propager ce code de déontologie qui est rédigé sous la forme la plus attrayante. Tous les syndicats devraient en gratifier leurs membres. On ne peut trouver meilleur emploi d'une partie du fonds social.

DEMANDES-OFFRES.

N° 86. — Poste médical d'avenir pour un docteur en médecine, 6000 fr. touchés, qu'on peut augmenter.

N° 87. — A céder : voiture de médecin, *Voisin-Ray*, ayant à peine servi. S'adresser au Dr F. Boularan, 14, rue Stanislas, Paris.

N° 88. — Un médecin d'une station thermale peu éloignée de Paris désire échanger sa clientèle avec un médecin résidant à Paris.

N° 89. — Belle clientèle à céder, en Maine-et-Loire, dans un pays riche. Chemin de fer, loyer 400 fr. Conditions faciles. Belle habitation et grand jardin. Produit touché 7 à 8000 fr. en moyenne par an. — Pressé.

CORRESPONDANCE

Dr B., à B. (Maine-et-Loire). — Vous dites : « Je vous écris quelques lignes, pour vous féliciter une fois de plus sur l'excellence de l'œuvre que vous avez entreprise. Le *Concours* est un vrai journal de médecine ; c'est celui que je lis avec le plus de plaisir, et avant tous les autres. L'article de M. Le Gendre sur l'analyse des urines au point de vue de la présence de l'albumine et des fausses albumines est remarquable ; tous les praticiens en feront leur profit et il y a lieu de complimenter l'auteur. C'est une étude bien faite ; il en faudrait beaucoup de semblables. Vous demandez aux confrères leur opinion sur les remplacements. A mon avis, les bons comptes font les bons amis. Le médecin remplaçant doit tenir la comptabilité exacte de tout ce qu'il a fait pour le remplacé ; ce dernier doit poursuivre le payement de la somme et la verser intégralement au remplaçant. Ceci, bien entendu, quand c'est un médecin de la même localité ou d'une commune

Douzième année | N° 1 | 4 Janvier 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

VŒUX POUR LA NOUVELLE ANNÉE

Chers Confrères,

Le Conseil de Direction, la Rédaction et le Directeur du *Concours médical* viennent vous exprimer les vœux qu'ils forment pour votre prospérité et pour la prospérité de notre Association en 1890.

Ils feront tous leurs efforts pour vous prouver leur foi, leur confiance dans l'œuvre professionnelle que nous avons commencée ensemble le premier juillet 1879. Le temps a sanctionné l'organisation bien modeste de cette époque déjà lointaine ; elle s'est fortifiée chaque année et chaque année de nouveaux collaborateurs se sont joints à ceux de la première heure, qui, heureusement, sont presque tous demeurés à leur poste de combat.

Nous vous offrons, comme étrennes, les deux nouvelles suivantes : la première témoigne du bien que vous faites ; la seconde prouve la salutaire action professionnelle que vous exercez.

Nous finissons bien l'année 1889 ; nous nous efforcerons de travailler en 1890 à la défense de nos intérêts et au développement des œuvres diverses du Concours médical.

Une nouvelle victime du devoir médical.

La Société de protection des victimes du devoir médical vient de voter l'allocation d'une somme de cinq cents francs à Madame veuve Ricordeau, de Poitiers. Elle a décidé qu'elle s'associerait aux démarches qui sont faites par les personnalités les plus éminentes de la Vienne, pour procurer à Madame Ricordeau une situation convenable.

Notre infortuné confrère Ricordeau a été tué, à Poitiers, par un aliéné dont il avait été chargé de constater l'état mental. Il est mort après quelques jours d'horribles souffrances courageusement supportées. La *Société de protection des victimes du devoir médical*, informée par le Comité Poitevin de l'Association des Dames Françaises et par M. Chédevergne, président de l'Association et du Syndicat médical de la Vienne, s'est empressée de venir au secours de la veuve de M. Ricordeau tombée dans la détresse par la mort de son jeune mari.

Retrait d'autorisation au sieur de Bruc.

Il est peu de médecins qui n'aient eu connaissance des scandaleux prospectus d'un sieur Comte de Bruc qui parcourait la France depuis vingt-cinq ans pour guérir, disait-il, toutes les maladies incurables. Il avait obtenu, sous l'Empire, par on ne sait quel canal, l'autorisation d'exercer la médecine en France.

Le bureau de l'Union des Syndicats avait entrepris diverses démarches pour faire retirer à ce personnage une autorisation dont il faisait le plus honteux abus.

C'est au Ministre de l'instruction publique, M. *Fallières*, que revient l'honneur de la mesure de salubrité publique que nous venons d'apprendre par la lettre suivante, adressée au Président de l'Union pour 1889, M. le Dr Leroy. Nous adressons à M. *Fallières* nos remerciements et nous souhaitons qu'il veuille aussi s'honorer en faisant enfin voter par les chambres françaises la *Revision des lois de l'an XI* que M. de Salvandy, en 1847, avait été sur le point d'obtenir.

A Monsieur le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous informer que, par dé-

cret en date du 14 décembre 1889, l'autorisation d'exercer la médecine en France a été retirée à M. de Bruc (Carlo), médecin italien, que vous m'avez signalé dans votre lettre du 26 septembre dernier.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée,

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Pour le ministre et par autorisation.

Le Directeur de l'enseignement supérieur,

LIART.

Nous recommandons la lecture de la lettre qui précède au *secrétaire du Conseil général de l'Union des Sociétés d'arrondissement.*

Cette association, dont nous avons conseillé la fondation, n'a pas, depuis dix-huit mois, donné signe de vie. Le *Bureau de l'Union des Syndicats* lui trace sa voie ; le sieur de Bruc était du ressort du conseil général des sociétés d'arrondissement qui veut étendre son action sur tout Paris. Nous lui signalerons tout particulièrement les nombreux médecins pourvus de diplômes fantaisistes de Philadelphie et autres lieux.

Un récent et comique procès a mis au jour un de ces médecins étrangers. Le champ d'action est vaste et M. le Dr Philbert peut donner large carrière à la Société dont il est le secrétaire.

Nous ne marchanderons pas notre publicité à ses actes.

A. CÉZILLY.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'acide sulfo-ricinique comme véhicule dissolvant de quelques médicaments (naphtol, créosote, salol, acide phénique).

L'acide sulforicinique est un produit employé dans l'industrie des teinturiers ; il fait partie de la classe des composés appelés huiles tournantes ou huiles solubilisées par l'acide sulfurique. MM. Ruault et Berlioz viennent de montrer que ce produit peut être utilisé comme dissolvant des substances qui, seules, sont insolubles et même non émulsionnables dans l'eau ; or, l'acide sulforicinique s'émulsionne lui-même parfaitement dans l'eau et il communique à ces substances (naphtol, créosote, salol, acide phénique) la propriété de s'émulsionner dans l'eau comme il le fait lui-même.

Il est indispensable pour cela d'avoir un acide sulforicinique fait avec de l'acide sulfurique et de l'huile de ricin purs, et voici le procédé de préparation indiqué par les auteurs.

Dans un grand vase conique, ou cylindrique, en verre, muni d'un robinet à sa partie inférieure, et contenant un kilogramme d'huile de ricin bien refroidie, on verse deux cents grammes d'acide sulfurique pur à 66°, par petites quantités, et en remuant constamment avec une baguette de verre pour mélanger la masse et éviter une élévation notable de la température. En effet, en opérant ainsi, celle-ci s'élève peu, et il ne se produit qu'un dégagement insignifiant d'acide sulfureux. On laisse en contact dix heures environ ; on ajoute de l'eau froide, on soutire la couche aqueuse et on lave plusieurs fois avec de l'eau salée (100 gr. de sel marin par litre d'eau). Après chaque lavage il est indispensable d'attendre quelque temps avant de soutirer l'eau. Le produit une fois bien lavé, on neutralise en partie avec de la soude de façon à conserver une réaction faiblement acide, condition préférable, surtout lorsqu'il s'agit d'un exci-

FEUILLETON

Les paradoxes d'un académicien belge.

Toute profession qu'on peut avouer, — car il en est qu'on n'avoue pas, — doit avoir son côté utile ; et, par conséquent, elle a droit à quelque considération. Et quand celui qui l'exerce est à la hauteur des devoirs qu'elle lui impose, et qu'il sait remplir ces devoirs honnêtement, il est toujours digne qu'on lui en sache gré et qu'on le qualifie d'honorable.

Mais de là à prétendre que toutes les professions sont équivalentes, et que les concitoyens qui s'y livrent sans reproche sont tous également respectables, il y a loin. S'imaginer, par exemple, qu'un modeste tisserand, qu'un petit boutiquier, qu'un artisan quelconque, parce qu'il est de bonnes vie et mœurs, est aussi élevé dans l'échelle sociale qu'un économiste qui réglerait le commerce des deux mondes, ce serait commettre une étrange bévue.... C'est comme si, de ce que les Canaques et les Alfourous sont des hommes et non des singes, on concluait qu'ils sont nos pareils !

Ces paradoxes-là sont faits pour plaire à des pensionnaires de Maréville ou de Sainte-Yon, mais non à des gens sensés.

Je sais bien qu'en y regardant de très haut, comme qui dirait du sommet de la tour Eiffel, les hommes semblent tout petits ; si petits même que leurs petites inégalités s'effacent, et qu'ils paraissent tous aussi petits les uns que les autres. Mais quand on les revoit de tout près, on est bien forcé de reconnaître que, sans être des nains ou des géants, ils sont les uns plus grands, les autres plus petits.

Pour examiner les choses d'ici bas, nous aurions donc bien tort de nous placer dans la lune ou d'aller nous perdre dans les nuages.

*
* *

Il en est des professions comme des individus ; la noblesse de chacune d'elles est plus ou moins bien établie.

Comme le dit Cicéron, « on désapprouve les « gains odieux au public, comme ceux des exac- « teurs et des usuriers ; on regarde comme bas et « vils ceux de tous les mercenaires dont on paie « le travail et non le talent ; vils aussi ceux de « ces marchands qui achètent pour revendre tout « de suite à plus haut prix...

pient destiné à servir de dissolvant à des substances antiseptiques. L'addition de la soude doit être faite avec précaution, en agitant sans cesse de façon à obtenir un mélange homogène, et l'on doit prendre garde de n'en point ajouter en excès, car si en pareil cas on versait de nouveau de l'acide sulfurique dans la préparation, on déterminerait une sorte de saponification. La préparation terminée, on laisse reposer pendant deux jours environ, et on décante alors avec soin ou bien on filtre sur du gros papier.

On obtient ainsi un produit ayant la consistance d'un sirop très épais, transparent, de couleur jaune foncé, dont la densité varie entre 1035 et 1040. Au toucher, il donne la sensation d'une huile épaisse et très adhérente à la peau. Son odeur est presque nulle. Sa saveur est peu marquée, elle rappelle un peu celle de l'huile de ricin ; mais bien que sa réaction soit un peu acide, il ne produit sur la langue aucune sensation désagréable ou piquante lorsqu'on le met en contact avec elle.

L'acide sulforicinique, à la température ordinaire, peut maintenir en solution 10 % de naphtol, ou 10 % de créosote, 15 % de salol, 40 % d'acide phénique. Pour préparer ces solutions il faut employer la chaleur : après refroidissement, les solutions de salol et d'acide phénique restent transparentes : celles de naphtol et de créosote sont au contraire opaques, mais elles ne déposent pas.

Mis en contact avec l'eau, ces solutions donnent des émulsions très suffisamment stables, dont une goutte, examinée au microscope, montre également de petits globules de diamètres différents, mais *pas de cristaux*. Connaissant le titre de chaque solution, il devient dès lors facile de préparer des émulsions contenant des quantités données de naphtol, de salol, etc. ; par exemple, pour obtenir un litre d'émulsion naphtolée à 1 %, il suffira d'agiter convenablement 100 gr. de la solution dans la quantité d'eau nécessaire.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les avantages que présentent ces diverses préparations. Jusqu'ici, en effet, le naphtol et le salol n'avaient guère pu être utilisés, comme topiques, qu'en poudre, en solution alcoolique, ou encore en solution dans le camphre. On ne pouvait obtenir des émulsions stables de naphtol dans l'eau, même à l'aide de la teinture de quillaya. Le salol camphré et le naphtol camphré, versés dans l'eau, tombent au fond du vase en gouttes sphériques, comme de l'huile lourde ; on arrive bien, par l'agitation, à diviser ces masses sphériques, mais dès que le liquide est en repos, elles retombent de suite au fond du vase ; l'eau conserve toute sa transparence, et il ne se forme pas d'émulsion. Ces phénols camphrés, bien qu'ils contiennent une proportion très élevée de substance active, ne peuvent donc être utilisés avantageusement comme topiques sur les surfaces humides et particulièrement sur les muqueuses.

Depuis environ quatre mois, M. Ruault a utilisé les solutions de naphtol et d'acide phénique dans le sulforicinate d'ammoniaque et l'acide sulforicinique, en applications topiques dans diverses affections des fosses nasales, du pharynx et du larynx. Les résultats obtenus ont été très encourageants.

Le naphtol sulforiciné à 10 %, employé pur en applications directes ou sous forme d'émulsion pour lavages des fosses nasales, s'est montré très efficace dans le traitement de l'ozène. Il a également donné de bons résultats sous forme d'émulsion très concentrée ou encore sans addition d'eau, dans le traitement local de la tuberculose laryngée ulcéreuse.

L'acide phénique sulforiciné a surtout été employé sans addition d'eau. Cette préparation présente l'avantage considérable de n'être nullement caustique pour les muqueuses des premières voies, même lorsque l'acide phénique cristallisé y existe dans la proportion de 40 %. Appliqué sur la langue, il ne produit qu'une sensation de cuisson passagère. On peut en frotter les amygdales et le pharynx, même dans certains cas d'angines aiguës et chez les jeunes sujets, sans douleur mar-

---

« Tous les métiers d'artisans sont bas et servi-
« les. Une boutique est-elle un objet digne d'un
« homme libre ?...

« Mais les plus méprisables sont ceux qui ne
« servent qu'aux voluptés : poissonniers, bou-
« chers, cuisiniers, charcutiers, parfumeurs,
« danseurs ; ceux qui vivent des jeux de hasard...

« La médecine, l'architecture, l'enseignement
« des arts libéraux, sont honorables pour ceux
« au rang de qui elles conviennent...

« Le commerce est ignoble, s'il se fait en petit.
« Il n'a rien de bien répréhensible, s'il se fait en
« grand, s'il répand l'abondance, s'il est exempt
« de fraudes.

« De toutes les professions, l'agriculture est la
« meilleure, la plus féconde, la plus distinguée et
« la plus digne d'un homme libre (1). »

Cicéron traite la question dogmatiquement. Il ne nous donne pas les raisons de sa manière de voir, qui était sans doute aussi celle de son temps. Il ne motive pas ses opinions ; il les énonce tout simplement.

En effet, après avoir lu le passage que nous venons de rapporter, on est en droit de se demander en quoi le petit commerce serait plus méprisable que le grand ?.... Et pourquoi aussi la médecine, honorable pour des affranchis ou pour des Grecs à qui elle était abandonnée, ne l'aurait-elle plus été pour des Romains de famille équestre ?...

Quoi qu'il en soit, les conditions sociales ont bien changé depuis deux mille ans ; et, avec elles, les idées qu'on se fait sur bien des choses.

L'esclavage n'existe plus. Les serfs, devenus des hommes libres, ont élevé la prétention de marcher de pair avec les autres. Les rangs sont de plus en plus confondus. De sorte qu'un honnête artisan, pour peu qu'il ait un métier lucratif, se considère volontiers comme aussi nécessaire au monde, se croit tout autant dans la société qu'un ingénieur de mérite, qu'un grand jurisconsulte ou qu'un savant naturaliste.

C'est d'une outrecuidance naïve !

Et ce nivellement semblerait aussi s'étendre aux professions elles-mêmes dont aucune à présent n'est réputée servile. Ecoutez plutôt :

*
* *

«... Il ne faut pas que les médecins et les avo-
« cats continuent à se faire illusion ; leur métier
« n'est ni plus ni moins honorable que celui de

(1) Cic. *De Officiis*, lib. III.

quée pour le patient. Après cette application, on constate qu'une couche du médicament, qui prend une teinte blanchâtre au contact de la muqueuse humide, y reste adhérente ; mais bientôt les parties reprennent leur coloration rouge, il ne se forme pas d'eschare.

En applications locales énergiques, faites après cocaïnisation, dans la tuberculose ulcéreuse du larynx, l'acide phénique sulforiciné, à 20, 30, et même 40 %, s'est montré extrêmement utile. Les résultats qu'il a donnés ont paru supérieurs à ceux du naphtol, et il n'a pas plus que lui déterminé de réaction inflammatoire notable.

Les auteurs conseillent aux chirurgiens et aux accoucheurs de l'employer avec prudence sur des surfaces où l'absorption est très active. Ils font de même les plus expresses réserves sur la possibilité de son emploi médical comme excipient d'antiseptiques insolubles destinés à être mis en contact prolongé avec la muqueuse digestive. On ne serait autorisé à faire des essais de ce genre que si l'étude complète et méthodique de la toxicité de l'acide sulforicinique et de ses effets physiologiques avait donné préalablement des renseignements précis sur les doses qui pourraient être administrées ainsi sans inconvénient.

Formes de la Tuberculose hépatique.

M. P. *Gallois* rappelle, dans le *Bulletin médical*, que la tuberculose hépatique, longtemps ignorée, commence à être bien connue par les travaux récents ; MM. Hanot et Gilbert ont décrit les diverses formes symptomatiques par lesquelles elle se révèle en clinique.

Tout d'abord, ils signalent l'existence de *formes latentes* sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister ; ce sont des trouvailles d'autopsie.

Parmi les formes qui donnent lieu à des accidents, il y en a une qui est aiguë, les autres sont subaiguës, ou chroniques.

La forme aiguë c'est la cirrhose hypertrophique graisseuse, qui peut se développer à un moment quelconque d'une tuberculose pulmonaire commune. Elle se caractérise cliniquement par un foie volumineux et douloureux et par une ascite légère accompagnée de tympanisme. Un signe important, c'est l'ictère qui est assez accusé. Dans les urines : pigments biliaires, urobiline, diminution de l'urée. Le foie a perdu une partie de son pouvoir d'arrêter la glucose. Etat général grave, fièvre, hémorrhagies, œdème cachectique ; marche rapide (six semaines) aboutissant à une sorte d'ictère grave.

Il existe deux formes subaiguës.

La première c'est encore une cirrhose graisseuse, mais sans hypertrophie. Le foie déborde à peine les fausses côtes, il peut même être atrophié, il est douloureux. L'ascite est plus abondante que dans la forme précédente, la rate est fréquemment hypertrophiée. L'ictère est par contre moins marqué. Urobilinurie. L'état général est encore grave, fièvre, amaigrissement, œdème, hémorrhagies (purpura surtout). Durée : deux ou trois mois. Mort par cachexie ou ictère grave.

Dans ces deux formes aiguë et subaiguë, même infiltration graisseuse des cellules du foie, mêmes cellules géantes dans le tissu conjonctif, mais dans la forme subaiguë, le tissu scléreux a eu le temps de former des anneaux plus ou moins complètement dessinés.

La seconde forme subaiguë est une hépatite parenchymateuse nodulaire. Le foie est plus souvent un peu atrophié, il n'est pas douloureux. L'ascite devient abondante, la rate est hypertrophiée. Peu ou pas d'ictère. Ce serait jusqu'ici la seule forme où il n'y aurait pas d'urobiline dans les urines. Le début est assez insidieux, l'évolution plus lente que dans les formes précédentes (elle peut durer un an) aboutit à la cachexie sans accidents d'ictère grave.

Les formes chroniques sont également au nombre de deux : la cirrhose tuberculeuse et le foie gras tuberculeux.

La cirrhose tuberculeuse, qui peut exister sans tuberculose pulmonaire, est plutôt de forme atrophique, le foie est à peine douloureux. L'ascite est

---

« banquier, de menuisier, de houilleur ou de « commissionnaire... »

« Quant au public, à quoi est-il tenu à l'égard « des avocats et des médecins de plus que vis-à-« vis de n'importe quel marchand d'habits ou de « comestibles ? »

Nous voici loin, comme on voit, des idées cicéroniennes !

«..... Malades, blessés, vous choisissez pour « vous servir, pour vous être utile un médecin ; « vous réclamez ses soins ou ses conseils, et vous « payez ses honoraires... comme tout client hono-« rable doit le faire avec son architecte, son agent « de change ou ses fournisseurs. Que lui devez-« vous de plus en fait ? — Rien !

« La reconnaissance, les bons sentiments ré-« sultent des bons procédés qui s'échangent et « des sympathies personnelles qui se manifestent « entre les gens de cœur ; et non point des servi-« ces rétribués et acquittés (1). »

Et quel est le moraliste niveleur qui professe une manière de voir en si complète opposition avec celle du célèbre orateur romain ?

Est-ce un cuisinier tout fier de la bonne confection de ses sauces ? Est-ce un marchand d'habits partisan un peu intéressé des utopies égalitaires ?

Non ; c'est un des nôtres, c'est M. le Dr Boëns, de Charleroi, docteur très authentique, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Vous pensez bien que ce n'est ni comme gradué en médecine, ni comme académicien qu'il parle, mais simplement en homme privé, imbu d'une doctrine qui jusqu'ici n'est pas encore professée dans les universités.

On voit que la folie du nivellement se propage, même parmi les classes lettrées.....

Certes, on peut renoncer pour soi aux immunités que confère le caractère professionnel dont on a l'honneur d'être investi ; mais on n'a pas le droit d'y renoncer pour les autres. En mon nom et pour mon compte, je proteste contre les affirmations erronées du Dr Boëns.

*
* *

« L'ignorance, » — c'est encore le philosophe de Tusculum qui parle — « l'ignorance ou l'irréfle-« xion, en morale comme en esthétique, comme « en bien autre chose, est coupable de nos er-

(1) Boëns, *l'Art de vivre*, page 265, 4e édition. Verviers, 1885.

abondante et peut nécessiter plusieurs ponctions.

La rate est volumineuse. L'ictère est exceptionnel. Urobilinurie. Dans les urines, on ne trouve pas autant du pigment rouge-brun que dans la cirrhose alcoolique. L'évolution est plus rapide que dans cette dernière maladie, ce qui paraît tenir en partie à ce que dans la cirrhose tuberculeuse, il y a altérations cellulaires plus profondes. Cette forme est assez fréquemment prise, soit pour de la cirrhose alcoolique, soit, quand il y a des lésions pulmonaires, pour de la péritonite tuberculose à forme ascitique. A l'autopsie, le foie, dans ce cas, ressemble parfois à un foie syphilitique, on peut le décrire sous le nom de foie ficelé tuberculeux. Dans d'autres cas, il a l'apparence du foie cirrhotique de Laënnec. Au microscope, on l'en distingue d'une part à la présence de nodules tuberculeux, d'autre part à la dégénérescence graisseuse des cellules.

Vient ensuite le foie gras tuberculeux qui reste parfois latent. Le foie n'est, en effet, pas douloureux, il est seulement un peu gras. Urobilinurie, décoloration légère des matières fécales, amoindrissement de l'aptitude du foie à fixer la glycose. Ce sont là, on le voit, des signes qu'il faut rechercher. Au microscope, on constate une infiltration souvent considérable des cellules presque jusqu'au centre du lobule. Les tubercules intra-hépatiques peuvent faire totalement défaut. Ce serait la seule de ces manifestations hépatiques de la tuberculose, où le bacille n'interviendrait pas.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE

V. Les présentations du siège. — VI. De l'excellence de l'eau simple comme liquide d'injections vaginales chez les accouchées.

V.— Les présentations du siège (1).

Le Professeur Gaulard (de Lille) ne se montre guère partisan de la version par manœuvres externes dans les présentations du siège.

Il croit qu'assez souvent cette présentation du siège peut se transformer spontanément en présentation du sommet ; il rapporte comme exemple le fait d'une femme chez laquelle il put transformer le siège en sommet et ramener la tête au détroit supérieur ; le lendemain la présentation du siège s'était reproduite. M. Gaulard n'insista pas ; néanmoins la femme accoucha quelques jours après d'un fœtus en présentation du sommet : l'opération s'était refaite une seconde fois toute seule sans l'intervention de qui que ce fût. Il est vrai que, pour maintenir le fœtus dans sa nouvelle attitude, M. Gaulard, n'ayant pas de ceinture eutocique à sa disposition, s'était contenté d'appliquer sur les côtés de l'utérus deux tampons d'ouate longs de 20 à 25 centimètres et de fixer le tout à l'aide d'un bandage suffisamment serré. M. Gaulard ajoute malicieusement : « L'administration hospitalière de Lille n'est pas bien généreuse. Elle ne consentirait jamais à pourvoir la clinique obstétricale de ceintures eutociques. Elle nous fournit des antiseptiques, mais nous refuse les appareils nécessaires pour les employer. Si nous n'achetions pas nous-mêmes ces derniers, nous serions dans l'impossibilité absolue de nous servir des premiers. Singulier, n'est-ce pas ? Et quand nous réclamons, on prétend que nous sommes des gens exigeants, avec qui l'on ne peut entretenir de rapports convenables ». Pas commode, l'administration hospitalière de Lille !

Mais revenons à notre sujet : M. Gaulard ne nie point que les statistiques d'accouchements en présentation du siége n'offrent une mortalité infantile bien supérieure à la mortalité dans les présentations du sommet ; mais, si ce pronostic des présentations pelviennes en général est assez grave, ce n'est point tant à cause du genre de présentation considéré en lui-même, que par suite de la conduite tenue par le médecin ou par la sage-femme qui interviennent trop tôt (extraction totale ou partielle) ou maladroitement (administration du seigle ergoté). Aussi faut-il s'armer de pa-

(1) *Archives de Tocologie*, octobre 1889.

« reurs do jugement. Tel, ajoute-t-il, trouve un « tableau ou un poème admirable, parce qu'il « a été frappé de quelques points qui répondent à « ce qui est bien à ses yeux, change d'opinion « quand un amateur lui fait voir les défectuosités « du poème ou du tableau. »

Est-ce qu'en écrivant sa boutade, le Dr Boëns avait bien réfléchi ?...

Car le simple bon sens indique à chacun quo les professions diffèrent :

1° Par leur degré d'utilité d'abord, qui est une chose très relative ;

2° Par la qualité ou par la nature des services qu'elles rendent ;

3° Par la somme des connaissances qu'elles supposent chez ceux qui les exercent.

C'est tout cela qui constitue la très juste considération dont elles sont l'objet, mais à un *quantum* très variable, comme le prétendait Cicéron.

J'omets à dessein de parler du salaire qu'on en tire, car c'est là une question, suivant moi, qui est tout à fait en dehors de l'honorabilité d'un métier.

D'après cela, il est évident que les professions n'ont pas à beaucoup près une égale importance, et qu'il y a plus d'honneur à exercer les unes que les autres.

Est-ce que l'état d'agriculteur, qui est si salutaire, si fortifiant, si favorable à l'observation de la nature et si propre à imprimer une saine direction à la pensée, est-ce que l'agriculture, dis-je, n'est pas un métier plus honorable que tous les mastroquets, tous les établissements de gueuserie et do malpropreté dont nos centres de population sont si richement pourvus ?

Voyons, confrère, la main sur la conscience ; si vous aviez à caser l'un de vos enfants, est-ce qu'il vous serait indifférent de le caser ici ou là ?

Un état qui assainit les mœurs, n'est-ce pas, est bien préférable à celui qui les corrompt ; et une profession, comme la nôtre, qui élève la conscience, qui nous exerce tous les jours à la pratique du bien, qui nous oblige en quelque sorte à être des hommes de savoir et de vertu, une profession pareille est évidemment supérieure de cent coudées à tant de métiers, dont les uns dessèchent le cœur et dont les autres, avouons-le, ne sont guère propres à développer l'entendement.

(*A suivre.*)

Dr Perron.

tience et n'intervenir que lorsqu'il y a intérêt pour le fœtus ; si l'on intervient trop tôt, on risque d'aggraver la situation du fœtus. M. Gaulard estime que dans l'immense majorité des cas la mort du fœtus peut s'expliquer par quelque faute commise dans son extraction. « Aussi, dit-il, quand vous trouvez un ou deux pieds dans le vagin, si l'état de la mère est satisfaisant, l'auscultation bonne, mettez vos mains dans vos poches et éloignez-vous du lit. Allez même faire une petite promenade ; vous ne risquerez pas ainsi de succomber à la tentation. Le même précepte sera bon s'il s'agit de la présentation beaucoup plus rare des genoux.

En cas de siège décomplété, mode des fesses, si les conditions sont favorables, c'est-à-dire la dilatation complète, et les membranes intactes ou rompues depuis peu, introduisez une main dans l'utérus, défléchissez un membre inférieur, amenez-le dans le vagin et n'allez pas plus loin.

En résumé, adoptez pour les présentations pelviennes une conduite rationnelle, intervenez quand il y a nécessité, mais pour les cas normaux évitez toute précipitation. Le pronostic s'améliorera dans ces conditions et vous n'aurez plus alors à redouter autant l'accouchement par le siège.

Ces préceptes sont excellents ; ils ont d'ailleurs pour eux la consécration du temps. Il n'en va pas de même, à notre avis, du conseil que donne le professeur Gaulard de n'avoir pas recours à la version par manœuvres externes. Nous ne voulons pas revenir sur cette question que nous avons assez complètement traitée ici-même (*Voy. Concours médical*, 1887) ; nous nous contenterons de rappeler que lorsqu'un fœtus se présente par le siège, quelle que soit l'habileté de l'accoucheur, il a toujours plus de chance de succomber que s'il venait par le sommet, et il est en tout cas plus exposé aux traumatismes (fractures des bras, etc.). D'autre part, en raison même de la plus longue durée du travail et de l'intervention souvent nécessaire de l'accoucheur, la morbidité maternelle est plus élevée dans les présentations du siège.

La version par manœuvres externes doit toujours être tentée avec prudence ; elle est sans inconvénients et il faut toujours y avoir recours lorsqu'il n'y a pas de contre-indication (présentations franches du siège, grossesse gémellaire, défaut de mobilité du fœtus).

VI.—De l'excellence de l'eau simple comme liquide d'injections vaginales chez les accouchées.

Tel est le titre d'un travail que notre excellent collègue le Dr Lancry (de Dunkerque) nous a fait l'amitié de nous adresser il y a quelques semaines : la lecture de ce mémoire nous intéressa fort parce qu'elle soulevait nombre de questions de pratique obstétricale et que nous y retrouvions les qualités originales auxquelles nous avait habitués l'auteur dans différents travaux antérieurs.

Lancry raconte comment, à ses débuts en clientèle, il observa chez une de ses clientes un cas d'empoisonnement léger par l'acide phénique : il jura bien qu'on ne le reprendrait plus à se servir d'acide phénique en injection vaginale banale chez les accouchées et se mit à réfléchir pour trouver un mode de traitement, qui pût assurer à ses accouchées de bonnes suites de couches et à s'assurer à lui-même le minimum possible de préoccupation et de déplacement. Ce mode de traitement, il croit l'avoir trouvé tout simplement en faisant des injections avec de l'eau ordinaire : cet agent, employé en injections vaginales, à raison de deux par jour, suffit, et largement, pour assurer l'asepsie des voies génitales et pour préserver les accouchées de tout agent infectieux.

Voici, d'ailleurs, les conclusions auxquelles il arrive :

1° L'eau simple en injection vaginale est aussi efficace que les liquides les plus fortement antiseptiques pour prévenir l'auto-infection des femmes en couches.

2° Elle produit l'antisepsie, non pas par action microbicide, mais par action mécanique.

L'eau simple, contrairement aux solutions antiseptiques, n'expose à aucun accident d'intoxication grave ou léger. Elle peut être maniée par toute personne, même par les plus inexpérimentées.

4° Elle n'a qu'un inconvénient : à cause de sa simplicité même, elle n'a pas sur les malades l'action psychique que produit généralement une substance sortant de chez le pharmacien.

5° Dans la pratique des campagnes, et dans la clientèle pauvre, elle doit être préférée à toute autre liqueur dangereuse ou onéreuse.

Nous verrons, dans un prochain article, ce qu'il faut penser de ces conclusions et nous essaierons d'indiquer quelle est l'utilité des injections vaginales.

Dr G. Lepage.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

De l'exploration des reins.

La nécessité d'explorer méthodiquement les glandes rénales s'impose de plus en plus à mesure que les affections de ces organes sont mieux connues ; il ne s'agit plus, en effet, de diagnostiquer de loin en loin des raretés pathologiques telles qu'un cancer du rein ou un rein flottant ; la tuméfaction de cette glande est un fait dont la fréquence, très grande, n'a échappé que parce que les moyens de découvrir les hypertrophies moyennes faisaient défaut jusqu'à présent. Qu'on veuille bien examiner les reins des malades atteints de cystite ancienne, de blennorrhagie ayant envahi l'urèthre postérieur et la vessie, surtout des malades qui portent des affections utérines, et les altérations ne tarderont pas à apparaître nombreuses. Nous n'avons pas à insister sur l'intérêt qui s'attache à ce diagnostic précoce, ni sur le bénéfice que retireront les malades d'un traitement approprié.

En dehors des symptômes fonctionnels dont nous ne nous occuperons pas ici, les signes physiques révélant les altérations rénales sont recueillis à l'aide de l'inspection, de la percussion et de la palpation. L'inspection est un moyen de peu d'importance ; la région lombaire se modifie peu, sauf dans les cas de complication périnéphrétique ; c'est en avant que le rein hypertrophié proémine ; mais pour qu'il soit appréciable à la vue, il faut une tumeur énorme qui soulève la paroi abdominale antérieure. La percussion est également d'un faible secours pour le diagnostic ; la matité normale de la région lombaire reste la même quand le rein augmente de volume ; bien plus, lorsque la glande quitte sa loge anatomique et flotte dans l'abdomen, ou lorsqu'un sujet a subi une néphrectomie, la percussion n'y révèle

pas une sonorité anormale : l'épaisseur des parties molles et la tendance du rein à fuir dans la cavité abdominale donnent la raison de ces phénomènes.

La palpation est assurément le moyen le plus précieux ; divers procédés ont été déjà exposés sommairement dans ce journal ; un d'entre eux, le procédé du ballottement rénal, imaginé par le professeur Guyon, nous a toujours donné les meilleurs résultats ; il est de nature à rendre de grands services et mérite d'être décrit minutieusement.

Il est bon de prendre quelques précautions préalables : l'abdomen devant être dans un état de relâchement et de vacuité aussi complet que possible, le malade aura été purgé la veille et aura pris un lavement quelques heures avant l'exploration. Quant aux poudres absorbantes destinées à diminuer le météorisme, leur efficacité est médiocre. Le malade sera placé dans le décubitus dorsal, tout près du bord du lit correspondant au rein à explorer ; il reposera complètement à plat, sans oreiller sous la tête, ni coussin sous les reins. On lui recommandera de respirer librement, normalement et sans efforts, la bouche ouverte : la demi-flexion des jambes sur le tronc ne doit pas être conseillée, car dans cette position le malade fait bien souvent des efforts involontaires. D'ailleurs, pour certains sujets, impressionnables et craintifs, ou chez qui l'exploration éveille de vives douleurs, il ne faut pas hésiter à employer le chloroforme.

Le chirurgien se place du côté à explorer ; s'il s'agit, par exemple, du rein droit, il glisse sa main gauche à plat entre le lit et la région lombaire, la face palmaire tournée en haut, et reconnaît l'espace costo-iliaque : entre la dernière côte et le rebord de l'os coxal, on ne peut loger que un ou deux doigts au plus. Le médius y est placé parallèlement à la côte et porté jusque vers l'angle costo-vertébral que l'extrémité du doigt peut explorer. La main droite est alors posée en avant parallèlement au muscle droit, un peu en dehors de lui et de telle sorte que l'extrémité des doigts affleure au rebord costal. Puis une pression graduelle est exercée sur la paroi abdominale, de façon à ce que la main se rapproche le plus possible de la paroi abdominale postérieure. Il faut, pour cela, agir méthodiquement, ne pas faire brusquement un effort violent contre lequel entrerait en lutte la contraction musculaire ; on doit profiter des mouvements d'expiration pour appuyer, et, pendant l'inspiration, chercher seulement à conserver le terrain conquis. Ces pressions concordant avec les mouvements respiratoires constituent ce que le professeur Guyon a appelé la *palpation en mesure*.

Dès que la dépression abdominale paraît suffisante, la main gauche entre alors en jeu ; le doigt placé dans l'espace costo-iliaque imprime à la paroi de petites secousses brusques, assez énergiques, comme s'il voulait projeter en haut un objet, une balle, par exemple, placée sur une toile tendue. Dans l'état normal, ces secousses ne déterminent aucune sensation que perçoive la main abdominale ; lorsque, au contraire, le rein n'est plus solidement fixé à la paroi ou lorsqu'il est augmenté de volume, ces secousses ont pour résultat de le repousser en avant et la main abdominale éprouve une sensation de choc léger, de frôlement doux qui ne paraît qu'au moment du choc provoqué : cette sensation du ballottement rénal rappelle le ballottement fœtal aux derniers moments de la grossesse.

L'intensité du choc varie, bien entendu, suivant le degré de mobilité du rein et même son volume, suivant l'étendue dans laquelle la main abdominale le perçoit. Dans les cas moyens et lorsque le rein est très peu déplacé, c'est très près de la ligne médiane, presqu'immédiatement au-dessous des côtes que le rein vient heurter la paroi ; il peut descendre beaucoup plus bas et n'être appréciable qu'au-dessous de l'ombilic ou au niveau de l'épine iliaque : plus souvent il se porte en dehors.

Lorsqu'on rencontre le rein dans l'une de ces positions, sa présence tient soit à une hypertrophie, soit à une ectopie. On devra chercher à repousser, à refouler l'organe perçu vers la paroi postérieure. S'il y a tumeur volumineuse, on éprouve une résistance et par une pression méthodique combinée des deux mains, antérieure et postérieure, on en apprécie le volume et la mobilité. Si, au contraire, on est en face d'une ectopie simple, le rein se laisse réduire : il arrive même souvent que dans ces cas la main antérieure perçoit seule une tumeur abdominale, et que la palpation de la loge rénale reste négative ; mais alors il suffit de refouler l'organe ectopié et, abstraction faite des cas très rares où le rein, depuis très longtemps expulsé de sa loge, ne peut plus y rentrer, le ballottement, qui manquait tout à l'heure, devient à l'instant manifeste ; aucune autre tumeur de l'abdomen ne donne lieu à ce phénomène.

Cependant, il est des reins doués d'une mobilité telle qu'il est impossible de leur imprimer une direction déterminée et que le ballottement ne peut être perçu. Ce signe manque également dans des conditions inverses, lorsque la tumeur, très volumineuse, reste en contact avec la paroi abdominale. En effet, on a vu que le ballottement ne se produit que s'il existe entre la face antérieure de la tumeur et la paroi abdominale un espace suffisant pour lui permettre de se mouvoir, en un mot pour qu'il y ait choc. Mais alors, par une manœuvre analogue, on recueille des renseignements d'une valeur diagnostique égale : le doigt placé dans l'espace costo-iliaque renvoie la tumeur en avant, de même qu'une pression exercée par la main antérieure lui est communiquée ; or aucune tumeur ne présente ce caractère si elle n'occupe pas la loge rénale.

Grâce au ballottement, on peut apprécier le volume, la forme, l'étendue d'une tumeur, les inégalités de la surface. Il suffit pour cela de faire varier la position de la main antérieure et l'énergie de l'impulsion ; pour peu que la tumeur soit un peu volumineuse on peut, en déprimant méthodiquement la paroi, les saisir entre les deux mains et en apprécier ainsi assez exactement le volume.

On constate également de cette manière les modifications de la sensibilité. La douleur qui a le rein pour siège peut d'ailleurs être perçue par la seule palpation postérieure ; le lieu d'élection est l'angle costo-vertébral ; une douleur nettement localisée en ce point, provoquée par la pression du doigt, constituera une forte présomption en faveur de l'existence d'une lésion rénale ; la sensation éprouvée est spéciale, elle est profonde, se prolonge un certain temps et se dis-

tingue facilement de celle qui siégerait dans la paroi ; il est toujours bon de comparer les deux régions rénales droite et gauche.

Le siège de cette sensibilité est le même, quelle que soit la lésion dont le rein est atteint ; elle n'appartient pas en propre, ainsi qu'on l'a dit, à la lithiase.

Si précieux que soit le ballottement comme moyen de diagnostiquer l'augmentation de volume du rein et sa mobilité, il ne faut pas lui demander une précision plus grande, et, l'existence de la tumeur une fois constatée, sa nature ne peut être établie que par l'interprétation des symptômes fonctionnels. C'est pour cela que des chirurgiens, de plus en plus nombreux aujourd'hui, ont proposé de s'assurer directement de l'état du rein tuméfié, de faire en un mot une opération exploratrice.

Toutefois, une telle opération est d'une réelle importance, et ne doit pas être pratiquée à la légère. Les indications en ont été très nettement précisées par M. Récamier dans un travail récent (1).

Avec cet auteur nous admettons qu'une incision exploratrice ne doit être tentée que si ce mode de diagnostic présente une utilité incontestable et si sa gravité n'est pas telle qu'elle fasse courir au malade des risques disproportionnés avec le bien à en retirer.

On peut réunir en 4 groupes les cas auxquels répond la nécessité d'une néphrotomie exploratrice. En première ligne se présentent ceux dans lesquels entre un calcul et le diagnostic des tubercules du rein on reste incertain.

Nombreuses sont les observations dans lesquelles ni l'analyse des symptômes, ni l'examen des urines, ni l'exploration à travers les téguments n'a pu faire pencher la balance dans l'un ou l'autre sens. Il en est de même lorsque l'existence d'un calcul semble probable : ici, suivant les idées, les tendances, l'expérience de chaque chirurgien, les indications seront plus ou moins étendues ; mais aujourd'hui, on peut admettre la légitimité des néphrolithotomies précoces ; et lorsque les signes fonctionnels rendent probable l'existence d'un calcul primitif du rein, l'exploration directe du rein est justifiée ; c'est là souvent le seul moyen de faire le diagnostic exact (Récamier). Il est bien entendu que dans ces cas l'opération ne reste exploratrice que si le rein n'est pas altéré ; si l'on rencontre un calcul, celui-ci est attiré au dehors et extirpé. C'est donc en réalité une néphrolithotomie qui est pratiquée dans tous les cas.

Il est, en second lieu, indiqué d'inciser le rein en face d'une anurie par obstruction de l'uretère. Non seulement on peut ainsi reconnaître un calcul enclavé dans le bassinet ou dans la partie supérieure de l'uretère et l'amener en dehors, mais même lorsque le corps étranger n'est pas rencontré, on crée ainsi une voie de dérivation à l'urine, au moyen d'une fistule lombaire qui sera maintenue plus ou moins longtemps. On sait, en effet, que la cause de l'anurie tient, soit à des lésions plus ou moins étendues du rein opposé, soit à un phénomène réflexe. On est d'autant mieux autorisé à intervenir alors qu'une issue fatale, certaine dans le premier cas, est fréquente même lorsque l'arrêt du fonctionnement du second rein reconnaît une origine nerveuse.

(1) Etude sur les rapports du rein et son exploration chirurgicale. Thèse de Paris, 1889.

Un certain nombre d'incisions exploratrices ont été pratiquées dans le but de reconnaître simplement l'existence d'un second rein. Les ressources qu'offre la palpation directe sont nulles dans ce cas ; restent la compression et le cathétérisme de l'uretère, moyens encore peu pratiques et sur l'efficacité desquels on ne peut compter. L'incision lombaire est, comme nous le verrons, d'une grande bénignité, confère une certitude absolue, et autorise à pratiquer une néphrectomie qui serait très hasardeuse sans cette précaution.

L'incision exploratrice dans les traumatismes du rein est moins généralement acceptée ; on sait que beaucoup de contusions, de déchirures de cet organe guérissent spontanément lorsqu'on ne touche pas à l'appareil urinaire, même par un simple cathétérisme. Aussi sommes-nous d'avis qu'il ne faut pas se hâter, mais surveiller attentivement la marche des symptômes ; si l'on voit se développer les signes d'une hémorrhagie s'accroissant rapidement, surtout si l'on soupçonne un début de suppuration, l'incision exploratrice s'impose dans le plus bref délai pour permettre de constater de visu les lésions et d'y porter remède.

Quoi qu'il en soit, lorsque le chirurgien aura décidé qu'il y a opportunité à explorer directement les reins, deux moyens s'offrent à lui, la ponction et l'incision.

De la ponction nous dirons peu de chose ; c'est un moyen infidèle, non exempt de danger, qui reste muet dans les cas douteux et ne donne guère de renseignements positifs que lorsque le diagnostic s'impose déjà par l'ensemble des signes physiques et fonctionnels. La ponction n'a jamais été que fort peu employée et est à peu près complètement délaissée.

Il n'en est pas de même de l'incision. Deux voies existent pour aborder les reins. En avant, on pratique une laparotomie et la main introduite dans l'abdomen va s'assurer de leur existence, de leur volume, de leur situation.

La possibilité d'atteindre par cette voie les deux reins au moyen d'une seule ouverture, constitue à peu près le seul avantage de cette méthode. Mais ces organes sont entourés d'une atmosphère graisseuse abondante surtout en avant ; les sensations sont des moins nettes, et, de plus, une seule partie du rein, la face antérieure, est ainsi accessible à l'exploration. Aussi la grande majorité des chirurgiens préfèrent-ils aujourd'hui suivre la voie lombaire.

On trouvera dans le travail de M. Récamier des détails intéressants sur les différentes incisions pratiquées sur la région lombaire et conduisant sur le rein : elles diffèrent peu de celles de la néphrotomie ; une incision verticale, un peu en dehors de la masse sacro-lombaire, empiétant sur les côtes et sur la crête iliaque en bas, paraît être le plus communément employée en France : cependant une incison oblique, parallèle à la douzième côte, donne plus de liberté aux manœuvres. Quoi qu'il en soit, en incisant couche par couche comme pour une néphrotomie, on arrive sur la face postérieure de l'organe.

Le chirurgien prend alors le soin de bien dégager la face postérieure de cet organe ; puis il y exerce une palpation méthodique dans le but de sentir les différences de consistance qui pourraient exister ; l'exploration sera conduite jusque vers le bassinet et l'extrémité supérieure de l'uretère qui est placé, comme on le sait, en arrière

des vaisseaux et se laisse facilement atteindre par le doigt. L'exploration ne se bornera pas à la face postérieure ; il faut alors dégager le bord externe du rein, insinuer un ou plusieurs doigts en avant de lui, de façon à le saisir entièrement et apprécier ainsi son volume, sa consistance, ses inégalités.

Cette manœuvre, bien qu'elle donne par elle-même des renseignements précieux sur beaucoup de lésions rénales, est bien souvent encore infidèle. Quand on a des raisons pour croire à l'existence d'un calcul, surtout dans les cas assez fréquents où les symptômes peuvent faire hésiter entre la présence d'un calcul et celle de tubercules du rein, il ne faut pas hésiter à traverser le parenchyme rénal lui-même. L'acupuncture, moyen inoffensif, doit toujours être pratiquée tout d'abord, soit à l'aide d'une aiguille fine (Le Dentu), soit avec un petit trocart (Morris) ; tantôt on est guidé par l'existence de bosselures sur lesquelles on fait porter la ponction, tantôt celle-ci se fait absolument au hasard. Il faut alors un très grand nombre de ponctions pour arriver à sentir un corps étranger ; certains chirurgiens n'ont pas craint d'en pratiquer une centaine.

Dès qu'un certain nombre d'acupunctures sont restées négatives, beaucoup de personnes préfèrent aujourd'hui pratiquer dans la substance du rein une incision plus ou moins large. Ici la conduite du chirurgien est loin d'être uniforme ; il est un point cependant sur lequel l'accord est fait, surtout depuis que la démonstration expérimentale en a été donnée par Tuffier : c'est que l'incision ne doit jamais porter sur le bassinet lui-même, les plaies do cet organe se cicatrisant très difficilement, tandis que les plaies du parenchyme se réunissent très vite. Des mêmes expériences de Tuffier, il résulte que c'est le bord convexe de l'organe qu'on doit fendre, en suivant exactement la ligne médiane : c'est là la région la moins vasculaire. Si d'ailleurs l'hémorrhagie acquérait une importance notable, il faudrait se hâter, rapprocher les deux surfaces cruentées, les comprimer et au besoin passer d'une face à l'autre un ou deux fils de catgut qui en assureraient la compression.

Le bassinet est alors ouvert de dehors en dedans, le chirurgien y plonge le doigt, l'explore, ainsi que les calices. Malgré la sûreté de recherches ainsi faites, un calcul peut encore échapper dans deux circonstances : s'il est de petit volume et situé profondément dans le parenchyme rénal ou s'il est engagé dans l'uretère. Dans ce dernier cas on peut, il est vrai, tenter de cathétériser ce conduit de haut en bas; mais cette manœuvre réussit rarement et n'est pas toujours exempte de dangers.

Dr E. DESNOS.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Comment on peut faire partie des sociétés de secours aux blessés.

ASSOCIATION DES DAMES FRANÇAISES.

12 décembre 1889.

Cher et honoré confrère,

Vous me demandez une réponse à plusieurs questions, faites à votre journal, au sujet du recrutement des médecins par les sociétés de la Croix Rouge française ; voici ce que je puis vous dire dans l'état actuel des décrets et règlements.

La première question est ainsi formulée : Toutes les sociétés reconnues d'utilité publique, pour les secours aux blessés militaires, recrutent-elles leur personnel médical de la même façon ?

Oui. L'article des trois décrets qui régissent ces sociétés en cas de guerre, est conçu dans les mêmes termes : « Art 8. Le personnel d'exécution, médecins, pharmaciens, comptables, etc., est exclusivement choisi par la société, sous la réserve pour les médecins d'avoir été agréés par le Ministre de la Guerre. »

Deuxième question. — « Le médecin qui en fait partie reçoit-il une solde en temps de guerre ? Quelle est approximativement cette solde ? »

En ce qui concerne l'Association des dames françaises et la Société de secours aux blessés militaires, je puis répondre : oui ; il est bien probable qu'il en est de même pour l'Union des femmes de France.

Rien n'est encore définitivement fixé ; cependant, voici ce qui est arrêté en principe pour l'Association des Dames françaises et ce qui a eu lieu en 1870 : il y a deux catégories de services médicaux : 1° service dans les hôpitaux du lieu de résidence ; 2° service hors du lieu de résidence. Pour la 1re catégorie, le service est le plus souvent gratuit ; pour la seconde, l'administrateur touchera 500 fr. sans vivres, le médecin en chef 500 fr. sans vivres ; les médecins traitants 400 fr. sans vivres.

Troisième question. — Quelles sont les formalités à accomplir pour y entrer ?

Les médecins et les pharmaciens, étant officiers, ne peuvent entrer dans les services médicaux des sociétés de secours que s'ils sont libérés ou exemptés des obligations du service militaire ; ils adressent une demande aux présidents ou présidentes des sociétés ; cette demande est transmise au délégué régional qui la soumet à l'approbation du ministre de la guerre, par les intermédiaires réglementaires.

Les présidents des sociétés sont : M. le maréchal de Mac-Mahon pour la Société de secours aux blessés militaires ; madame la Comtesse Foucher de Careil, pour l'Association des Dames françaises ; Madame Koechlin-Schwartz pour l'Union des femmes de France.

Quant à la *quatrième question*, ainsi posée par votre correspondant : Un médecin de réserve qui donne sa démission et devient ainsi soldat de 2e classe, peut-il être admis? — Vous avez déjà résolu négativement cette question dans votre journal.

Je désire vivement que vos lecteurs trouvent dans ces réponses ce que leurs patriotiques préoccupations leur faisaient désirer connaître, et je vous prie de recevoir, etc.

Dr DUCHAUSSOY.

Le service des médecins civils en cas de mobilisation.

9 décembre 1889.

Cher et très honoré Confrère,

La situation des médecins de mobilisation est des plus simples et des plus nettes pour ceux qui la connaissent à fond, et il n'y a aucune illusion à se faire à ce sujet. L'autorité militaire se

refuse absolument à laisser au service de notre œuvre aucun médecin, ni aucun pharmacien âgé de moins de 45 ans.

Dans le 3e corps d'armée, les médecins âgés de 40 à 45 ans qui, d'après l'ancienne loi, étaient libérés du service militaire et qui avaient contracté des engagements pour nos ambulances, ont reçu une note ministérielle dans laquelle on leur demande s'ils sont disposés à être réintégrés dans leur ancien grade et que, dans le cas contraire, ils auraient à servir comme *simples soldats*. Voilà donc une preuve à l'appui de mon affirmation. D'un autre côté, j'avais adressé la liste de ces médecins au Conseil Central de Paris, pensant que la nouvelle loi n'aurait pas d'effet rétroactif, mais il m'a été répondu qu'il résultait des démarches faites auprès du Ministre de la guerre qu'il ne nous laisserait aucun médecin, ni aucun pharmacien ayant moins de 45 ans. Le ministre est absolument dans son droit, car d'après l'article 51 de la loi du 16 juillet 1889 : En cas de mobilisation, nul ne peut se *prévaloir de la fonction* ou de l'emploi qu'il occupe pour se soustraire aux obligations de la classe à laquelle il appartient.

Une difficulté d'un autre ordre, relative au recrutement du personnel, a pendant quelque temps traversé nos efforts.

D'après des ouvertures bienveillantes, répondant aux dispositions du décret qui régit le fonctionnement de notre Société en temps de guerre, nous avions compris dans la plupart des cadres de nos infirmeries un certain nombre *d'hommes* (1) empruntés aux quatre dernières classes de la réserve de l'armée territoriale.

M. le Ministre de la guerre, sollicité de ratifier nos choix, nous demanda de ne faire appel à des hommes relevant encore de son administration, que dans le cas où il y aurait impossibilité pour nous d'agir autrement.

Les hommes, que cette invitation nous réduisait à choisir, libres de toutes les obligations du devoir militaire, et certains par là même de n'avoir pas à rentrer dans le rang s'ils manquaient envers nous à la parole donnée, n'offraient à notre action aucune prise certaine ; et pour l'enseignement préparatoire qu'exige le caractère de leurs fonctions éventuelles, ils devaient le plus souvent décliner notre appel, et ajourner la période d'instruction, jusqu'à l'heure, trop tardive alors, où les circonstances viendraient à les mobiliser.

M. le Ministre de la guerre voulut bien admettre que ces conditions aléatoires troublaient justement notre confiance dans l'exécution du contrat ferme passé avec son département ; des pourparlers échangés à cet égard il résulta une transaction, d'après laquelle la Société de secours s'abstiendrait de porter sur ses listes de présentation tout homme susceptible d'être appelé au titre d'officier, tout homme appartenant à des armes spéciales, ou à des services spéciaux, et autant que possible limiterait ses choix à des soutiens de famille, à des hommes mariés ayant des enfants, ou que recommanderait quelque circonstance exceptionnelle. »

Le confrère qui a engagé ses collègues aides-majors à 40 ans à donner leur démission, s'appuyait sur l'article 4 ci-après :

(1) Lire « des simples soldats ».

« Art. 4. — Nul ne peut être employé par la Société de secours s'il n'est Français ou naturalisé Français, et *s'il n'est dégagé de toutes les obligations imposées par la loi du 27 juillet 1872* sur le recrutement de l'armée et par la loi du 2 brumaire an IV sur l'inscription maritime.

Néanmoins, les *hommes* appartenant à la *réserve de l'armée territoriale* peuvent, *exceptionnellement*, sur des autorisations nominatives données par le Ministre de la guerre, être admis à faire partie du personnel employé par cette Société. Les demandes d'autorisation concernant les hommes de cette dernière catégorie seront adressées dès le temps de paix au Ministre. Les autorisations accordées par le Ministre seront valables même *en cas d'appel de la classe* à laquelle ils appartiennent ».

Mais il faut savoir que l'article 4 n'est nullement applicable aux médecins. Il faut lire les *hommes*, c'est-à-dire les simples soldats, ceux qui n'ont pas rang d'officiers, ou qui ne peuvent avoir rang d'officiers.

Or, les médecins ayant rang d'officiers, ne sont pas des *hommes*. Voilà l'interprétation que lui donne le ministre.

Mais, il y a mieux que cela, c'est que le ministre se refuse absolument à lui donner suite pour des brancardiers qui sont de simples soldats, et, à l'heure qu'il est, tout notre personnel se trouve désorganisé par suite de ces exigences ministérielles, conséquences de la nouvelle loi militaire.

Le rapport du maréchal de Mac-Mahon donne la preuve de ces difficultés, même pour de simples brancardiers. Il dit :

« On s'aperçoit actuellement au ministère qu'on a une si grande quantité d'hommes avec la nouvelle loi qu'on ne pourra jamais les habiller, ni les armer. De sorte que, d'après les renseignements obtenus, il se pourrait que le ministre vînt à céder pour les brancardiers en nous autorisant à les prendre parmi les hommes de 40 à 45 ans. »

M. le maréchal de Mac-Mahon compte recevoir une réponse à ce sujet dans la huitaine ; mais pour les médecins, il n'y a rien à espérer.

Je pense, cher et honoré confrère, qu'après toutes ces explications, votre conviction est faite et qu'il ne reste aucune place au doute sur la situation qui est faite aux médecins âgés de moins de 45 ans.

Ceux qui demanderont à être nommés aides-majors sont certains de partir dès les premiers jours de la mobilisation, qu'ils aient 37, 39 ou 43 ans ; tandis que ceux qui seront restés simples soldats ne partiront qu'avec la classe à laquelle ils appartiennent, et comme toutes ne pourront être appelées, ils courront la chance de ne pas partir pour la guerre s'ils ont 37, 39 ou 40 ans ; mais comme ils restent néanmoins à la disposition du ministre de la guerre, ils ne pourront servir dans nos ambulances, car, d'après l'art. 6 du 3 juillet 1884, les médecins devront être agréés par le Ministre de la guerre (règlement, page 20.)

Le confrère aide-major démissionnaire de 40 ans se plaint de la situation qui lui est faite. Je trouve qu'il n'est pas dans son droit. Tous les médecins, quels qu'ils soient, sont nommés sur leur demande aides-majors de 2e classe, c'est-à-dire qu'on leur donne à tous *rang d'officiers*. Tandis que les savants les plus illustres, les artistes les plus célèbres, les avocats les plus distingués seront dans les rangs comme simples soldats.

Les jeunes médecins, en faisant leur service militaire, n'arriveront plus à 40 ans sans avoir obtenu de l'avancement. S'il y a des confrères de 40 ans simples aides-majors, cela tient à un effet transitoire de la nouvelle loi et cet inconvénient aura disparu dans quelques années par la force même des choses.

D'ailleurs, les médecins qui ont voulu faire des périodes de 28 et de 13 jours ont obtenu des grades supérieurs.

Ceux-là seuls sont restés aides-majors de 2e classe qui n'ont jamais voulu faire de service, et véritablement cela me paraît juste. On ne saurait donner de l'avancement à ceux qui n'ont pas fait de service.

Agréez..... Dr X.

VARIÉTÉ

La grippe et la météorologie

L'épidémie actuelle, est-ce la grippe ou la fièvre dengue? — Grave question qui passionne actuellement le corps médical !

Si elle vient du Nord, c'est la grippe. Si elle vient du Midi, c'est la fièvre dengue. Le problème a été posé dans ces termes à l'Académie de Médecine.

On sait, d'ailleurs, qu'au sein de l'Aréopage, l'accord n'est pas unanime.

La clinique seule s'est donc montrée impuissante à dégager clairement aux yeux de tous, le diagnostic différentiel de la maladie en vogue. C'est que pareillement à toutes les maladies, il n'y a pas que la grippe, il y a aussi des grippés. Chacun porte la maladie à sa façon, comme les femmes, la toilette.

Au milieu de cette confusion d'idées qui résulte de la libre discussion, il en est une, néanmoins, qui semble réunir tous les suffrages, c'est que l'épidémie actuelle est le produit des conditions atmosphériques actuelles.

La vérité finit par triompher, même au sein des assemblées ; il s'agit seulement de la préciser et de la définir pour rallier la majorité.

Quel est donc l'état atmosphérique qui a favorisé l'éclosion de la grippe parmi nous, et l'a fait s'étendre avec cette prodigieuse fécondité à la surface de l'Europe ?

J'ai consulté les cartes du temps publiées quotidiennement par les soins du bureau central météorologique. Cette étude est significative : depuis le 25 octobre jusqu'au 21 décembre, l'Europe entière a été recouverte par une zone de forte pression barométrique, s'étendant de l'Oural à l'Angleterre. Partout les *vents d'Est* variant du N.-E. au S.-E. ont soufflé avec une persistance peu ordinaire, enveloppant Russes et Anglais, Français et Allemands d'une épaisse couche de brouillards.

Or c'est précisément pendant cette période qu'a sévi l'épidémie.

Le royaume de la grippe, c'est bien ces froides et humides vapeurs qui nous ont transi pendant des semaines.

D'où vient donc l'étonnement des médecins devant cette maladie si commune et si fréquente ? Elle n'est inconnue à aucun pays d'Europe. L'émoi provient de la diffusion extrême et de l'étendue inusitée qu'a prises, cette fois, la grippe.

La situation climatologique correspondante montre qu'elle ne vient ni du nord, ni du sud, mais qu'elle s'est développée spontanément parce que les régions grippées se sont trouvées influencées, circonstance rare, par les mêmes conditions atmosphériques, résultant d'une immense zone de forte pression barométrique s'étendant sur toute l'Europe.

Dr Albert ROUANET.

(1) Nous croyons avoir démontré, avec les maîtres les plus autorisés, que l'opinion qui mettait la dengue en cause était sans fondement légitime. — P. L. G.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

L'affaire de Rodez et les tarifs de 1811.

Il y a quelques mois nous avons parlé dans ce journal de la grève des médecins de Rodez, et tous nos lecteurs connaissent les faits dont il s'agit et les suites données à cette affaire devant les deux juridictions qui ont eu à en connaître. L'une a condamné, l'autre a absous les médecins grévistes, ce qui paraît bien vouloir dire que les textes invoqués pour ou contre ne présentent pas toute la clarté désirable. La Cour de cassation dira le dernier mot et fixera bientôt, d'une manière définitive, la jurisprudence.

En attendant, le Sénat a été appelé, par une interpellation de M. Lacombe, sénateur de l'Aveyron, à donner son appréciation sur la situation faite aux médecins par l'art. 475 du code pénal, combiné avec les tarifs de 1811. Naturellement nos confrères de Rodez et de Marcillac n'ont pas été félicités — au contraire. — Il s'est même trouvé, sur les bancs de nos vénérables pères conscrits, un sénateur qui n'a pu résister à la tentation un peu enfantine, mais fort innocente, du reste, de faire de l'esprit aux dépens de ces pauvres médecins (c'était la mode autrefois), en disant qu'on avait traité leurs mémoires « comme des mémoires d'apothicaires ».

On a ri, sans doute, sur les bancs de la grave assemblée, mais l'affaire n'a pas avancé beaucoup pour cela, et le ministre de la justice interpellé ne s'est pas grandement compromis. La Cour de cassation est saisie, a dit M. le ministre, et il lui appartient d'interpréter d'une façon souveraine et l'article 475 du code pénal et les décrets de 1811. — Voilà pour le côté juridique. — Quant à la rémunération allouée au médecin, c'est une autre affaire. M. le ministre nous fait savoir qu'une commission composée de trois magistrats, de cinq fonctionnaires du ministère des finances et de trois fonctionnaires du ministère de la justice travaille, depuis 1888, à l'examen des décrets de 1811 dont la revision ne doit être faite qu'après de longues études. Et.... c'est tout !

Après cela, chers confrères, si vous n'êtes pas satisfaits... c'est que, en vérité, vous êtes trop difficiles ! — Voilà des décrets contre lesquels tous les médecins n'ont cessé de protester depuis quatre-vingts ans bientôt ; tout le monde

s'accorde à reconnaître et à proclamer qu'ils sont iniques. Pendant trois quarts de siècle, les pouvoirs publics ont refusé de prêter l'oreille à leurs réclamations. Les médecins ont enfin voulu faire cesser un état de choses qu'ils considèrent, avec raison, comme indigne d'eux et de la justice ; ils font ce qui est admis pour toutes les corporations : ils réclament une rémunération en rapport avec le travail fait et le service rendu ; les moutons refusent d'avancer et l'on crie au scandale ! Et, chose d'une gravité inouïe, la presse médicale presque tout entière n'a-t-elle pas eu l'audace d'approuver l'attitude des médecins de Rodez !! L'Association générale des médecins de France elle-même n'a-t-elle pas vu d'un œil favorable cette révolte ouverte !!! Un peu plus, et on l'accuserait volontiers de l'avoir suscitée. Aussi, il faut voir avec quelle unanimité touchante les divers orateurs ont déversé le blâme sur les médecins ! Il est vrai qu'avec le même ensemble ils ont admis que les médecins ont raison de se plaindre, ce qui ne laisse pas de nous embarrasser un peu au point de vue de la logique ; car, il faut bien le reconnaître, si, en réalité, les médecins de Rodez et ceux de Marcillac ont eu raison de n'être pas satisfaits, ainsi que l'admet M. Lacombe, on est forcément obligé de se demander en quoi ils méritent d'être blâmés de manifester leur mécontentement.

Quoi qu'il en soit, ces débats, nous l'espérons, ne resteront pas stériles. Ils ont mis en lumière les défauts de l'organisation actuelle. Le grand public, le public extra médical, en est saisi et nous ne saurions admettre qu'il restât indifférent à ce qu'on me permettra d'appeler un déni de justice à notre égard. Nous avons vu que plusieurs syndicats se proposent de marcher sur les traces des médecins de l'Aveyron; et, dût ce que l'on a qualifié de *scandale* se renouveler, les tarifs de 1811 devront faire place à d'autres plus en harmonie avec les mœurs de notre époque et avec les services qu'on attend de nous.

Sans doute, des objections seront soulevées et il serait bien difficile de les prévoir toutes, mais il en est un certain nombre que nous voulons relever dès maintenant, parce qu'elles ont été énumérées, au cours même de la séance du sénat.

Et d'abord, l'intervention du médecin doit-elle être gratuite ? C'est là une prétention qui ne saurait supporter le moindre examen. S'il est vrai que l'intérêt général, l'intérêt social doit primer l'intérêt individuel, il n'est pas moins vrai que tout travail mérite salaire et que, dans toute société, chacun ne doit supporter que sa juste part de charges. Je dois à la société à laquelle j'appartiens autant que mon voisin, comme homme ; mais je ne lui dois pas davantage. Pour tout ce qui touche au domaine intellectuel, il ne saurait y avoir de contrainte, car l'intelligence ni la science ne se manifestent et n'agissent par ordre supérieur. C'est précisément dans cet ordre d'idées que la liberté individuelle est incoercible et absolue. Si on vient me demander ce qu'on ne peut trouver chez mon voisin, l'égalité des charges est rompue et la société me devra plus qu'elle ne doit à mon voisin. D'où la nécessité, pour elle, afin de rester sur le terrain de l'équité, de m'accorder un salaire en rapport avec le supplément d'obligations qu'elle m'impose. Et notez que je ne conteste pas à la société le droit d'obliger, dans l'intérêt général, les hommes qui ont des connaissances spéciales à lui prêter un concours dans les circonstances où il est nécessaire. Pour le moment j'établis que ce concours ne saurait être exigé gratuitement. Or, s'il ne doit pas être gratuit, il doit recevoir une rémunération en rapport avec l'importance qu'il présente. De ce chef, personne n'osera prétendre que les cinq francs qu'on nous alloue pour une autopsie soient l'équivalent du service que nous rendons à la société, la juste rémunération des peines que nous nous sommes données, la compensation exacte des dangers auxquels nous avons été exposés. Il y a donc, dans cet état de choses, une anomalie monstrueuse, une injustice choquante, qu'il est urgent de faire disparaître au plus vite.

On a prétendu encore que si les tarifs étaient, en effet, extrêmement minimes et insuffisants, ils étaient compensés par le monopole qui nous est reconnu relativement à l'exercice de la médecine. Nous avons bien, en réalité, le monopole des charges qui grèvent la pratique de la profession. Quant au monopole de l'exercice et des avantages, c'est une autre affaire ; c'est simplement un trompe-l'œil et une véritable duperie. Il n'est pas de profession qui soit, en fait, plus envahie par les parasites de toute sorte. Le somnambule, le sorcier, le voyant, le rebouteur, toute la kyrielle de gens qui exploitent la crédulité humaine aux dépens de laquelle ils vivent, sans compter les bonnes sœurs et les curés dont les intentions, je veux bien le croire, peuvent être parfois excellentes, mais qui rognent singulièrement la maigre pitance du médecin de campagne, sans compter encore les pharmaciens qui, pour le plus grand nombre, transforment leurs officines en cabinets de consultations au détriment de celui du médecin voisin : tous ces gens-là — et bien d'autres — pratiquent ostensiblement la médecine, et les pouvoirs publics ne s'en préoccupent guère. Mais si, en réalité, la loi nous reconnaît un monopole, si en vertu de ce monopole on veut nous imposer des obligations spéciales, que l'Etat veille du moins à la stricte observation de nos droits, comme il veille à la fabrication et à la vente des tabacs, des alcools ou des allumettes. Mais tant que ce monopole ne sera pas sévèrement protégé, c'est-à-dire ne sera pas un monopole effectif, nous n'admettons pas qu'on en prenne prétexte pour nous imposer des obligations qui en seraient comme l'équivalent.

Nous nous proposons dans un prochain article d'examiner ce qu'il y aurait de plus avantageux à faire. Pour le moment, nous désirons attirer l'attention de nos confrères syndiqués sur la nécessité absolue de reviser les tarifs de 1811. Un grand nombre de syndicats vont se réunir prochainement. C'est une question qui devrait figurer à leur ordre du jour. Il serait bon que tous prissent des délibérations à ce sujet et nous les fissent parvenir au plus tôt, afin que, de notre côté, forts de leur appui, nous puissions utilement intervenir. En attendant, que tous nos confrères profitent des vacances parlementaires pour intéresser leurs amis, députés et sénateurs, à l'accomplissement d'une œuvre qui est une œuvre de justice avant tout !

Ad. Barat-Dulaurier.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues

Douzième année **N° 2** 11 Janvier 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Elimination par l'estomac de la morphine injectée par voie hypodermique.

Chacun sait combien il est fréquent de voir des personnes vomir peu de temps après une injection hypodermique de morphine. On a attribué en général ce fait à une action élective de la morphine sur le centre nerveux du vomissement. Cependant des remarques et expériences de plusieurs physiologistes paraissent conduire à une autre explication.

Hitzig avait vu, il y a déjà plusieurs années, que, si les matières vomies par un chien qui a reçu une injection de morphine sont avalées par un autre chien, celui-ci (on sait que cet animal ne retourne pas seulement à son vomissement, suivant la parole biblique, mais qu'il va volontiers au vomissement d'autrui) est pris lui-même de vomissements.

Leineweber a trouvé la réaction de la morphine dans le contenu stomacal du chien, dix ou vingt minutes après une injection de morphine.

Des expériences plus démonstratives ont été faites récemment par *Alt* (1). Après avoir fait une injection de morphine à des chiens, il recherchait la morphine dans le contenu stomacal de 4 en 4 minutes. Il a constaté ainsi que la réaction de la morphine apparaît déjà au bout de deux minutes et demie, qu'elle est très nette au bout de cinq minutes, atteint son maximum d'intensité vers la vingt-cinquième ou trentième minute, pour diminuer et disparaître une heure après l'injection.

Si on lave l'estomac pendant 45 minutes après l'injection de morphine, le chien qui l'a reçue ne vomit pas et n'éprouve que peu de phénomènes d'intoxication. Il semble donc prouvé que les vomissements qui suivent les injections de morphine n'ont pas une origine cérébrale, mais sont le résultat de l'action directe exercée sur la muqueuse gastrique au moment où le poison s'élimine par elle. Les dosages permettent de juger que la moitié de la morphine injectée est excrétée par l'estomac ; le reste passe à peu près complètement par les urines, on le sait ; peut-être une petite partie s'élimine-t-elle par la peau, car souvent on éprouve un prurit assez caractérisé après l'injection de morphine. Les expériences faites sur l'homme sont confirmatives de celles qui ont eu le chien pour sujet. Chez trois jeunes gens ayant reçu chacun une injection de morphine, le lavage de l'estomac immédiatement pratiqué décela la présence de l'alcaloïde dans le contenu stomacal deux minutes et demie après l'injection, et, la continuation du lavage ayant été faite chez eux pendant cinquante minutes, ils n'éprouvèrent aucun des effets ordinaires de la morphine.

De ces expériences, il est logique de conclure avec Alt que les lavages de l'estomac sont formellement indiqués en cas d'accidents consécutifs aux injections de morphine; l'auteur conclut aussi que dans les recherches médico-légales la morphine doit être recherchée particulièrement dans l'estomac.

(1) *Berlin. Klin. Woch.*, 25, et *Bulletin médical*, 1890, n° 1.

La prophylaxie de la tuberculose.

La discussion n'avance guère ; les orateurs rééditent toujours les mêmes arguments. Quelques-uns semblent peu préoccupés de mettre d'accord les prémisses et la conclusion de leur raisonnement. Ainsi, M. *G. Sée*, qui reconnaît aux crachats et aux poussières de crachats la virulence la plus certaine, repousse cependant la contagion par l'air atmosphérique.

M. Hérard a répliqué fort justement que, quand les crachats d'un phthisique desséchés et pulvérulents sont disséminés dans l'air, cet air devient bien contagionnant.

M. Sée estime que la contagion est rare entre époux et que, fût-elle fréquente, tout ce que pourront dire les médecins n'empêchera pas les phthi-

siques de se marier et un mari phthisique d'embrasser sa femme.

Le professeur de l'Hôtel-Dieu approuve en somme la désinfection de la chambre et des meubles des tuberculeux, les mesures individuelles conseillées par chaque médecin et les recommandations faites par lui à son malade de toujours cracher dans un crachoir contenant de l'eau, mais il n'est pas partisan de la publicité donnée à des mesures générales. — Il croit que l'alimentation par le lait non bouilli ne présente presque aucun danger et la viande aucun. Il s'appuie sur l'opinion de Bollinger (de Munich), suivant qui le lait d'une vache tuberculeuse mélangé à celui des autres vaches saines du même troupeau, cesse d'être virulent, parce que les bacilles clairsemés disparaissent pour ainsi dire après le mélange. (Il est évident qu'il pourra se faire que beaucoup de gens prennent de ce lait sans inconvénient, mais gare à ceux à qui échoira la partie où se trouveront les bacilles même clairsemés.) M. Sée reproche au lait bouilli d'avoir perdu ses propriétés diurétiques utiles aux cardiaques et aux rénaux ; cela est possible, mais il s'agit surtout de l'emploi du lait pour les enfants ; or, M. Sée accuse le lait bouilli de causer le plus grand nombre des diarrhées vertes, cela n'est pas démontré.

Nous partageons plutôt les opinions de M. Hérard, qui nous semble avoir exprimé avec mesure la vérité sur la question. Il avait trouvé trop rigoureuses les premières instructions proposées au nom du Congrès de la tuberculose, mais les mêmes objections ne peuvent s'adresser à celles que la Commission académique a adoptées à l'unanimité. Scientifiquement, cette instruction paraît à l'abri de toute objection sérieuse.

Que dit, en effet, la commission — ? Elle établit d'abord que la tuberculose est contagieuse. De cela les preuves abondent et la clinique comme l'expérimentation en fournit une surabondance. La contagiosité est moins grande que dans d'autres affections, cela est vrai ; elle frappe moins parce que l'affection est de longue durée. De plus, cette contagiosité, pour s'exercer, a besoin de trouver un terrain préparé ; elle a besoin de causes prédisposantes et parmi celles-ci il faut insister sur l'influence de l'air confiné.

Les recherches faites par l'Association médicale britannique confirment de tous points les affirmations de M. Cornil au sujet de la contagion. Tel est le fait d'un jeune officier dans la famille duquel il n'existait aucun tuberculeux. Il revient tuberculeux des Indes et, dans les mois qui suivent, toute la famille, trois sœurs, le père et la mère succombent à la phthisie. Les faits de ce genre abondent du reste, et parmi ceux si nombreux relatés dans la thèse de M. Musgrave Clay, beaucoup sont absolument démonstratifs.

La tuberculose ne reconnaît que deux causes : l'hérédité, qui perd chaque jour du terrain, et la contagion. Jamais la tuberculose ne peut naître spontanément et il n'est pas de clinicien qui n'ait vu de très nombreux cas où la contagion est évidente. On dit que bien des malades échappent à la contagion ; qu'est-ce que cela prouve ? que certains sujets se sont mieux défendus, et rien de plus. Dans toute maladie contagieuse, en effet, il y a deux facteurs, le contage et le terrain sur lequel il agit. Le terrain réfractaire ne prouve rien contre la contagiosité.

Trois modes de contagion ont été surtout étudiés : la viande pour laquelle la commission se contente de demander une inspection sévère ; le lait plus souvent contagieux, quoi qu'en pense M. Sée, et qu'on fera bien de faire bouillir avant de le faire entrer dans l'alimentation des enfants ; enfin les crachats.

Pour ce qui est des crachats, tout le monde est d'avis que c'est là l'agent redoutable et la Commission a bien fait d'être sévère à ce sujet.

FEUILLETON

Les paradoxes d'un académicien belge.

(Suite.)

« Notre métier, dit-il, n'est ni plus ni moins ho-
« norable que celui de banquier, de menuisier, de
« houilleur ou de commissionnaire... »

Il me semblait pourtant que les connaissances scientifiques qu'on exigeait de nous avant de nous conférer le diplôme, que la gymnastique intellectuelle à laquelle nous avions été soumis pendant tant d'années, que la nécessité enfin où nous étions d'accroître encore et sans cesse notre expérience et notre savoir, que tout cela devrait nous assurer une certaine supériorité sur le commun des travailleurs ; et que, sous ce rapport-là du moins, des artisans, des marchands, voire des banquiers, — sans les mépriser, — ne pouvaient guère nous être assimilés.

C'est du reste un côté de la question sur lequel il serait puéril d'insister plus longtemps. Nous allons en aborder un autre.

Est-ce que nos actes professionnels, est-ce que les services que nous rendons peuvent se comparer en quoi que ce soit à ceux qu'on attend d'un maître bottier, d'un marchand de comestibles ou d'un pharmacien ?

Pour tous ces fournisseurs, l'opération est des plus simples : ils ont à faire livraison des objets qu'on leur demande à un prix déterminé. On les paie. Et si les objets sont bien et dûment confectionnés, et que l'argent soit de bon aloi, tout est dit. On est quitte et bons amis. Affaire de bonne foi et d'amour-propre de part et d'autre...

Mais ce qu'on attend du médecin, ce n'est plus une paire de chaussures qui soit élégante, bien faite et qui ne blesse pas ; ce n'est plus un aloyau ou un civet bien préparé ; ce n'est plus un julep ou un cordial conforme à l'ordonnance, c'est quelque chose de tout autre nature, comme vous allez voir. On l'appelle pour lui remettre entre les mains et lui confier ce qu'on a de plus précieux : la santé. *Docteur, nous vous avons prié de venir voir notre malade ; voyez ce qu'il faut faire pour le guérir.... Nous avons telles habitudes dans la maison, il est besoin que vous les connaissiez ; nous y sommes sujets à telles dispositions morbides, vous avez sans doute à en tenir compte.... Nous ne sommes pas riches ; mais faites cependant tout ce qu'il faut ; car l'argent n'est rien en comparaison de la santé....*

On lui dit tout cela. C'est-à-dire qu'on confie naturellement à sa discrétion et à sa probité tous les secrets, toutes les tares de la famille ; des regrets et des espérances ; l'avenir et le passé.

Ce n'est plus ici un article conforme à livrer.

M. Hérard réfute l'argumentation de M. Sée au sujet de la non contagiosité par l'air. M. Sée n'admet pas que la contagion puisse se faire par l'air et cela parce que l'air des chambres de phthisiques ne contient pas toujours des bacilles, parce que dans un service de l'Hôtel-Dieu, bien ventilé et ne contenant qu'un nombre restreint de tuberculeux, on n'en a pas rencontré. Mais il admet la contagiosité par les poussières des crachats répandus dans l'air. Il y a là contradiction évidente, puisque M. Sée, pour ne pas admettre la contagiosité par l'atmosphère, en est arrivé à nier un fait scientifiquement admis par lui-même : la transmission par les poussières contenues dans cet air.

Les citations de M. Sée ne sont pas plus démonstratives que sa propre expérience. Il a parlé des recherches faites par Cornet, sous la direction de Koch ; or Cornet sur 22 chambres de phthisiques, dont il a examiné l'air, a trouvé 15 fois des bacilles, et ces mêmes bacilles inoculés dans le péritoine à des animaux ont produit la tuberculose ; dans l'air des sept autres chambres il n'existait pas de bacilles, mais c'étaient des chambres bien aérées. Donc dans quinze cas sur vingt-deux l'atmosphère contenait l'agent contagieux. En présence de ces chiffres, que devient l'argumentation de M. Sée ?

MM. Hardy et Le Roy de Méricourt croient, comme la commission, à tous les dangers de la contagion, mais ils pensent que, ces dangers il vaut mieux ne pas les faire connaître au public et surtout aux malades.

M. Hérard ne croit pas, lui, qu'il y ait danger, surtout après la large publicité qui a déjà été faite à ce sujet, à faire connaître les modes de contagion de la tuberculose. D'ailleurs cette affection n'est pas incurable et, souvent, nous sommes plutôt nuisibles aux malades en ne leur disant pas la vérité sur leur état.

Amélioration du régime scolaire au point de vue du surmenage

M. *Brouardel* a fait savoir à l'Académie que sa discussion de 1887 sur le surmenage a eu pour résultat l'adoption de réformes dans les programmes et la règle des écoles primaires, réformes accueillies avec bienveillance par le Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Aujourd'hui, grâce aux vœux exprimés par l'Académie, le maximum des heures du travail sédentaire (classes et études, y compris le dessin) est fixé de telle sorte qu'une réduction de quatre heures a été obtenue pour les élèves de sept à dix ans et une réduction de deux heures pour ceux de onze à dix-sept ans. La veillée est supprimée.

Le Conseil supérieur, ne pouvant opérer aucune suppression dans les programmes trop chargés des écoles supérieures, a émis le vœu suivant : il y aurait de sérieux avantages à ce que les programmes fussent élaborés par une commission mixte où siégeraient les représentants du ministère de l'Instruction publique et ceux des ministères auxquels ressortissent les écoles en question.

La durée de la récréation dans les lycées est actuellement, par jour, de deux heures et demie pour les grands élèves et de trois heures et demie pour tous les autres. La règle sera maintenant, pour les enfants des classes primaires et élémentaires, six heures et demie ; pour les élèves des classes de grammaire et pour ceux des classes de troisième et de seconde, cinq heures et demie. Pour les élèves des classes de rhétorique, philosophie, mathématiques, quatre heures et demie. Ces heures de récréation seront consacrées à l'éducation physique et à l'éducation morale.

Il sera organisé un enseignement gymnastique donnant lieu à des exercices quotidiens d'une du-

---

C'est un service à rendre, service d'un caractère intime, familial, absolument sacré.

Comment se trouve-t-il encore à la fin du XIX[e] siècle, je ne dis pas des médecins, mais des gens du monde tant soit peu réfléchis, qui ne voient pas de différence entre les bons offices qu'on requiert de nous, et la besogne qu'on commande en payant à un honnête fournisseur ; qui ne voient pas, dans le rôle que nous sommes appelés à remplir au sein des familles, une situation tout à fait exceptionnelle, une situation unique et grave, devant nous honorer, si nous la remplissons dignement, autant que nous couvrir d'infamie, si nous en abusons ?

*
* *

Une pareille profession n'est-elle pas de nature à élever la conscience des hommes de cœur, en comparaison de tant d'autres métiers qui la ravalent ?

On sait bien que les médecins ne sont pas tous à la hauteur du ministère que nous faisons entrevoir ; que quelques-uns même apportent dans l'exercice de cette grande et sainte profession, au lieu des vertus exquises qui conviennent, des appétits de marchands ou de financiers et des convoitises de rustres. Mais nous devons reconnaître aussi que la plupart de ceux qui entrent dans la carrière, sans s'être au préalable rendu compte des exigences qu'elle comporte, y ont rapidement acquis les grâces d'état.

On ne peut nier non plus qu'on rencontre dans plus d'un comptoir et dans des ateliers d'artisans des caractères vraiment supérieurs, des hommes d'un sens droit, d'un esprit généreux et d'une modestie qui rehausse encore et complète leurs qualités morales.

Mais qu'est-ce que cela prouve ? Dans tout ce que nous disons, il ne s'agit que de la profession en elle-même, et non de ceux qui la cultivent.

Il y a pourtant, direz-vous, des cas nombreux où le médecin peut être rigoureusement comparé à un simple fournisseur. Par exemple, quand il est appelé par un confrère dans un cas difficile pour extirper quelque chose ou pour asseoir un diagnostic ; quand il reçoit dans son cabinet un client de passage qui se fait extraire une dent, paie, tire sa révérence et s'en va....

Mais, en tout ceci, a-t-il fait œuvre de médecin? Nullement. Les spécialistes, pas plus que les chimistes experts, pas plus que les droguistes ou les micrographes, ne sont des médecins.

*
* *

« Quand on a payé son médecin, on ne lui doit «plus rien. On peut changer, ajoute l'académi« cien de Charleroi, comme on change de chape-

rée minima de trente à quarante-cinq minutes.

Des réformes utiles ont été proposées pour l'agencement des dortoirs, pour l'alimentation. La durée du sommeil a été allongée ; un sommeil effectif de dix heures sera assuré aux élèves jusqu'à quinze ans et un minima de neuf heures au delà de quinze ans.

L'inspection médicale des écoles.

M. *Dreyfous*, médecin des hôpitaux de Paris, a fait à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (1) une communication dans laquelle il appelle l'attention sur l'insuffisance de l'inspection des écoles telle qu'elle est appliquée actuellement.

M. Dreyfous demande que les inspecteurs — auxquels les professeurs et les directeurs abusés eux-mêmes par les parents ne donnent sur les enfants atteints de maladies infectieuses que des renseignements incomplets, vagues ou erronés, — aient le droit d'aller visiter à domicile tout enfant qui, malade, ne vient pas à l'école. Ils pourraient ainsi contrôler les dires des parents, directeurs et professeurs, et au besoin interdire l'entrée de l'école à des enfants non malades, mais habitant dans des chambres où se trouvent des malades, ce qui préserverait de bien des contagions les autres enfants de l'école.

Pour pratiquer dans les cas douteux d'alopécie l'examen microscopique des cheveux, M. Dreyfous demande qu'on place dans toutes les mairies un microscope réservé à l'inspecteur.

Il désire aussi qu'au point de vue hygiénique le médecin inspecteur soit le maître dans les écoles et puisse imposer sa volonté aux directeurs de celles-ci, enfin qu'il ait la surveillance de la santé des professeurs pour savoir s'ils sont atteints de maladies contagieuses aiguës ou chroniques (syphilis, tuberculose) de nature à rendre quelquefois leur présence dans l'école dangereuse pour les élèves.

(1) 27 décembre 1889.

MÉDECINE PRATIQUE

Les complications et séquelles de la grippe. Leur traitement.

La grippe paraît diminuer, du moins quant au nombre des cas ; car les cas graves se voient encore chaque jour. Ce sont les complications thoraciques qui ont emporté toutes les victimes ; quand on meurt de la grippe, on meurt de pneumonie.

Cette pneumonie qui survient au cours de la grippe a-t-elle des caractères particuliers ? Cliniquement il me paraît certain qu'elle affecte une tournure assez caractéristique ; au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique, si je m'en rapporte à la dissertation inaugurale de P. Ménétier (Grippe et pneumonie en 1886), la présence du parasite de la pneumonie franche, du pneumocoque de Fraënkel et Talamon, constaté soit pendant la vie dans les crachats, et aussi dans le sang, soit après la mort dans les diverses lésions rencontrées à l'autopsie, son identité prouvée par l'inoculation aux animaux montre qu'il s'agit là de pneumonies de même espèce que la pneumonie franche ordinaire. Mais, si le parasite est le même dans la pneumonie franche ordinaire, qui guérit en général, et dans la pneumonie grippale, qui si souvent tue, il est probable que le parasite n'a pas dans les deux cas une virulence équivalente ou que le grippé fournit un terrain propice à la pullulation des pneumocoques.

Dans le travail de Ménétrier auquel nous faisions allusion tout à l'heure, notre collègue divise les pneumonies grippales qui se sont terminées par

---

« lier et de bottier, sans devoir la moindre explication à qui que ce soit... » (1)

Et ce moraliste peu sévère avance cette proposition sans la commenter, sans la justifier, sans se préoccuper le moins du monde d'en établir la convenance et le bien fondé.

Mais affirmer n'est pas prouver.

On peut ce qu'on veut, dit un proverbe. On peut évidemment quitter son médecin comme on quitte un maréchal, sans même payer les vieux clous. On peut être grossier et manquer à ses devoirs de société. On peut même, et cela s'est vu souvent, mordre le sein de sa nourrice. Est-ce à dire qu'en faisant tout cela on fait bien ?...

Cette habitude de changement n'est pas nouvelle. De tout temps les médecins en ont souffert, et de tout temps aussi ils ont cherché à s'y opposer en réglementant sagement leurs devoirs professionnels.

A l'article 6 DES RÈGLES, STATUTS ET ORDONNANCES *de la Société des médecins, chirurgiens et apothicaires* (2), *rédigés par scientifique personne, messire Jehan Bauhin, docteur en médecine et médecin juré du comte Frédéric,* nous lisons :

ART. 6.— QUE NUL, SOIT MÉDECIN, CHIRURGIEN OU APOTHICAIRE, N'ENTREPRENNE DE PANSER LE MALADE DE SON COMPAGNON, N'ESTOIT QU'IL FUST ABSENT.

SI LE PATIENT SE VOULOIT OSTER DES MAINS DU PREMIER, LE SECOND S'INFORMERA DU PREMIER DE LA MALADIE ET REMÈDES PAR LUY USEZ, SE GARDANT DE SOUSTRAIRE LES PRATIQUES LES UNS DES AUTRES, OU DE SE DÉNIGRER A PEINE D'UN FLORIN.

*
* *

Cette circonstance devrait, ce me semble, déshonorer beaucoup plus les clients que le médecin. Car enfin, s'ils ont mal choisi, cela prouve un manque de clairvoyance de leur part ; et, si le fait se reproduit, il montre bien leur incapacité ou l'incohérence de leur esprit.

Une autre conclusion à retenir : c'est que qui consent à les servir, ne voit pas leur incohérence et n'est qu'un sot ; ou que s'il la voit, il doit avoir un motif inavoué de les servir.

Mais, encore une fois, légèreté ou ingratitude, les procédés grossiers dont nous parlons n'ont plus cours que dans le petit monde ou chez les enrichis des nouvelles couches au sujet desquels on a dit : *rien n'est si difficile à servir qu'un riche parvenu.*

(*A suivre.*) Dr PERRON.

(1) Dr BOENS. *loc. cit.*

(2) On ne comprendrait guère l'admission des apothicaires en pareille compagnie, si l'on ne savait qu'ils étaient tenus, de par les règlements, d'administrer jadis leurs remèdes et, pour cela, de se rendre auprès des malades.

la mort dans les cas observés par lui dans l'épidémie de 1886 en forme infectieuse rapidement mortelle, en pneumonies dont la gravité s'explique par l'alcoolisme antérieur des grippés, en pneumonie à forme de broncho-pneumonie, et enfin en pneumonies à localisations multiples sur les grandes séreuses, pleurale ou péricardique, sur l'endocarde, dans les méninges.

Les complications pneumoniques, au nombre de six, que j'ai pu observer, dans la dernière quinzaine de décembre et la première semaine do janvier, ont frappé les unes des individus en parfaite santé antérieurement à leur grippe, les autres des sujets ayant ou dos affections graves dans leur passé pathologique ou actuellement encore atteints de pneumopathies chroniques. Or, fait assez singulier, auquel je ne prétends nullement attribuer une portée générale, l'évolution de la pneumopathie grippale, que j'appréhendais surtout chez ces derniers, s'est en définitive terminée favorablement, tandis que la seule issue funeste que j'aie eu à déplorer s'est produite chez une jeune femme dépourvue d'antécédents pathologiques.

Une jeune fille de 14 ans est en ce moment entre la vie et la mort, ayant à la fois une double pleuro-pneumonie. Pour cette dernière je dois dire que les conditions hygiéniques ont laissé à désirer. Mes autres pneumoniques ont été soignés chez eux, tandis que celle-là se trouve dans l'infirmerie d'une maison d'éducation, salle qui a dû voir défiler depuis un demi-siècle bien des maladies infectieuses et n'a jamais dû être désinfectée.

J'ai eu à relever encore cette particularité chez mes grippés pneumoniques que, chez ceux qui ont guéri la complication thoracique avait eu très certainement le refroidissement pour cause occasionnelle, tandis que chez celle qui a succombé la pneumonie est survenue sans cause occasionnelle appréciable, et comme par suite du génie même de la maladie primitive.

Parmi les personnes chez qui j'ai eu à soigner des pneumonies, étaient trois cardiaques : l'une avec lésion aortique, 69 ans ; une autre avec lésion mitrale, 62 ans ; une troisième ayant eu jadis une péricardite et actuellement très athéromateuse, 60 ans ; un tuberculeux de 40 ans; une jeune femme de 30 ans, et une jeune fille de 14 ans, bien portantes d'ordinaire.

La jeune femme a succombé avec des symptômes méningitiques manifestes, et sans doute c'est un exemple de la pneumonie infectieuse à localisations multiples sur les grandes séreuses dont parle Ménétrier.

La jeune fille a eu d'abord une pneumonie gauche et des frottements péricardiques ; quarante-huit heures après, on constatait de l'épanchement dans les deux plèvres, et des foyers pneumoniques disséminés dans le poumon droit ; l'épanchement de gauche s'est résorbé, celui de droite a persisté avec une abondance moyenne et je ne serais pas surpris qu'il devînt purulent, les foyers pneumoniques ne sont pas entrés en résolution au quatorzième jour.

Comme traitement, j'ai toujours eu pour objectif, dès le début des accidents thoraciques, de soutenir le système nerveux et le cœur. Aussi j'ai employé tour à tour la caféine par voie gastrique et surtout par voie hypodermique, la digitale et le strophantus. J'ai employé à doses considérables, les boissons alcooliques, surtout les vins d'Espagne et le champagne.

J'ai toujours refusé d'appliquer le moindre vésicatoire, mais j'ai fait une vraie débauche de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés et de pointes de feu. Celles-ci m'ont paru faire merveille, et je puis dire que dans deux cas les malades les réclamaient, tant la première application leur avait donné de soulagement en diminuant la dypsnée et en facilitant l'expectoration. J'imagine que l'ignipuncture produit, outre la révulsion cutanée, une stimulation réflexe de la contractilité de la ceinture musculaire du thorax, des intercostaux et du diaphragme.

Je noterai comme mode de début assez émouvant dans quelques grippes la *syncope* ou la *lipothymie* à peine précédée de frissonnements et d'un malaise indéfinissable. Dans un cas la syncope a été assez prolongée et quand le pouls s'est rétabli il a conservé pendant quelque temps un inquiétant ralentissement.

Un de mes malades s'est plaint vers le quatrième jour d'une grippe avec catarrhe naso-pharyngien intense et surdité unilatérale. Je l'ai adressé à mon collègue le Dr Luc, il a constaté une *otite* moyenne exsudative qu'il a qualifiée de grippale. Il a pratiqué la myringotomie et les insufflations d'air dans la trompe. Je crois que mon client est guéri aujourd'hui. M. Lœwenberg vient de publier dans le *Bulletin médical* une statistique qui prouve la fréquence relative des complications auriculaires de la grippe.

Les SÉQUELLES de la grippe sont assez nombreuses. J'ai observé, pour ma part, outre le catarrhe persistant des bronches, des foyers congestifs tenaces, des névralgies rebelles et d'une extrême acuité, le catarrhe nasal sous forme de véritable rhinorrhée, la prolongation à un degré étonnant de l'asthénie nerveuse et de l'anorexie.

Chacun de ces troubles mérite quelques mots en particulier.

La *bronchite* dure quelquefois longtemps avec la terminaison de la période aiguë ; elle se cantonne aux bases des deux poumons où l'on perçoit des râles bullaires plus ou moins fins, se déplaçant peu malgré les secousses de toux; on la trouve aussi souvent dans la région latérale du thorax sous forme de bandes qui s'étendent en pointe vers l'aisselle et le mamelon. C'est aussi dans ces régions qu'on rencontre des plaques de râles sous-crépitants fins et de râles-frottements, de froissements rappelant le froissement arthritique décrit par Colin (de Saint-Honoré).

Ces zones de bronchite et de congestion peuvent persister alors que le malade tousse à peine et n'éprouve aucune sensation pénible. Elles sont fort insidieuses ; car, si le médecin, un peu trop pressé comme nous l'avons tous été depuis un mois, néglige d'ausculter son client ou même se contente de jeter un coup d'oreille vers la partie moyenne et supérieure du dos, il peut le croire complètement débarrassé de toute manifestation bronchitique ; le grippé convalescent, pressé de retourner à ses affaires ou à ses plaisirs, lui déclare qu'il ne tousse plus et obtient l'autorisation de sortir. Un ou deux jours après, il éprouve un point de côté, la fièvre s'allume et le voilà atteint d'une congestion broncho-pulmonaire ou d'une broncho-pneumonie grave. Je suis convaincu que les choses se sont passées de la sorte pour plusieurs des personnes qui ont succombé récemment. Aussi me suis-je

fait une loi de n'autoriser la sortie qu'aux grippés chez lesquels je ne constatais plus aucune anomalie respiratoire après une auscultation minutieuse et j'ai à dessein effrayé mes malades afin d'obtenir d'eux une prudence que je ne crois pas excessive.

Les bronchites persistantes m'ont paru céder surtout à l'emploi des expectorants et des balsamiques. J'ai alternativement employé suivant la viscosité plus ou moins grande des crachats tantôt l'oxyde blanc d'antimoine et les préparations d'ipéca à doses fractionnées, tantôt la terpine, la térébenthine et le baume de tolu.

Voici quelques formules.

Terpine............ }
Baume de tolu..... } ââ 8 grammes.

F. s. a. 80 pilules : 6 à 8 par jour à intervalles égaux ou bien :

Sirop de térébenthine. 20 grammes
Sirop de tolu.......... 80 —

Quatre cuillerées à soupe par jour dans de la tisane de bourgeons de sapin.

Térébenthine de mélèze 2 grammes
Goudron............... 2 —
Baume de tolu.......... 6 —
Benzoate de soude...... Q. S.

F. s. a. 80 pilules, 8 par jour.

Mais il m'a toujours paru nécessaire d'adjoindre la révulsion locale aux médicaments internes ; outre les badigeonnages de teinture d'iode réitérés, les frictions avec des liniments térébenthinés, j'ai vu d'excellents résultats des pointes de feu libéralement appliquées au niveau des points congestionnés.

J'ai vu plusieurs exemples de *névralgies* horriblement douloureuses, qui, nées dès le début de la grippe, ont persisté après sa disparition, ou qui ne sont apparues qu'à la fin. C'étaient des névralgies du trijumeau, surtout des rameaux supérieurs temporaux, pariétaux et occipitaux, des ophthalmalgies avec tension du globe oculaire et douleur circumorbitaire, des névralgies dentaires sans aucune dent cariée, des névralgies lombo-abdominales et une sciatique. Plusieurs de ces malades, surtout ceux qui souffraient des nerfs faciaux, avaient des accès assez violents pour qu'il m'ait fallu faire des injections de morphine ; la plupart ont été très soulagés par l'antipyrine ; deux cas n'ont cédé qu'à l'emploi de l'aconitine et de la phénacétine et aux pulvérisations avec le chlorure de méthyle.

Des personnes m'ont consulté pour la persistance d'un *coryza* avec écoulement séreux ou muco-purulent d'une abondance extraordinaire ; j'en ai vu qui passaient la journée avec un mouchoir sous le nez, d'autres auxquels les mouchoirs ne suffisaient pas et qui se mouchaient dans des serviettes. Elles se plaignaient de ne pouvoir dormir à cause de l'excessive sécrétion des fosses nasales qui, leur coulant dans le pharynx quand elles se plaçaient en décubitus dorsal, les suffoquait ; elles accusaient aussi une céphalée frontale intersourcilière constante et accablante, qui correspond évidemment aux lésions des sinus frontaux. Je n'ai pas trouvé de meilleur moyen d'améliorer leur état que les irrigations abondantes des fosses nasales avec une solution saturée d'acide borique chaude au moyen du siphon de Weber. Le soulagement a été assez rapide.

Mais, ce qui est particulièrement remarquable parmi les symptômes les plus persistants de la grippe, c'est celui qu'ont éprouvé à un degré variable tous les grippés, c'est *l'accablement*, la perte des forces, le découragement. Quelques-uns ont accusé cette sensation d'accablement à un point surprenant, et ils en étaient épouvantés, tant il leur paraissait inadmissible qu'une maladie si courte laissât après elle une semblable convalescence. Je n'ai pas seulement en vue les sujets qui, ayant des myosalgies tenaces, évitaient de faire des mouvements pour ne pas faire naître de douleurs ; je fais allusion aux sujets bien plus nombreux qui, n'éprouvant aucune douleur, se sentaient incapables d'entreprendre le moindre effort physique ou intellectuel. L'un me disait ne pouvoir même se laver les mains, un autre ne pouvait s'habiller seul ; tous étaient incapables de lire, de prendre part à une conversation sérieuse, et quelques-uns de ceux que j'ai vus ainsi accablés étaient des gens que je sais d'ordinaire actifs et énergiques.

A quoi attribuer cette asthénie nerveuse, cette névrolysie ? Je me suis demandé s'il n'y avait pas dans la grippe une dénutrition rapide du système nerveux par perte de phosphates, et dans trois cas où j'ai pu faire exécuter l'examen urologique, il existait un excès d'acide phosphorique ; deux fois j'ai trouvé de la peptonurie sans complications pulmonaires ni fièvre. Quant à l'albuminurie, je l'ai trouvée plus ou moins abondante, plus ou moins durable dans toutes les broncho-pneumonies.

Quoi qu'il en soit, les moyens qui m'ont le mieux réussi à combattre cette neurasthénie si inquiétante pour les malades ont été la strychnine à haute dose (6 milligrammes *pro die*), les phosphates solubles et les préparations de quinquina. Je prescrivais :

Sulfate de strychnine 0 gr. 06 centig
Eau distillée........ 150 grammes.

1 cuillerée *à café* trois fois par jour quelques minutes avant les repas, et à la fin des repas un verre à bordeaux de la préparation suivante :

Phosphate de soude........ }
Phosphate de potasse...... } ââ 20 gram.
Sirop de quinquina........ 200 gram.
Vin de Banyuls ou d'Espagne Q. S. pour un litre.

J'y joignais les frictions générales au gant de crin et avec un mélange alcoolique et térébenthiné.

Essence de térébenthine....... 20 gram.
Alcool camphré............... }
Alcoolat de lavande........... } ââ 50 gr.

La strychnine réussissait aussi à réveiller l'appétit chez les individus atteints d'une anorexie absolue, — fait fréquent —, anorexie que n'expliquait pas toujours un état saburral des premières voies digestives. J'ai vu bien des anorexiques avec une langue absolument nette.

J'ai vu, il est vrai, d'autres individus, ayant eu la forme gastrique ou abdominale de la grippe, conserver longtemps un enduit épais sur la langue, le goût fade ou amer de la bouche, le foie tuméfié, parfois sensible à la pression, des garde-robes rares, pâteuses et fétides. C'étaient presque tous des gastriques ou des intestinaux antérieurement à leur atteinte de grippe, des dilatés, des

atoniques. A ceux-là, c'étaient les antiseptiques, le naphtol associé au salicylate de bismuth ou à la rhubarbe, ou à la poudre de colombo, les lavements d'eau naphtolée ou d'eau boriquée, la limonade chlorhydrique qui amélioraient lentement les fonctions digestives.

A côté des individus dont la grippe a empiré l'état de santé antérieur, je citerai à titre de curiosité celui d'une bronchite chronique datant de plusieurs mois, ayant résisté à toutes les thérapeutiques (balsamiques, sulfureux, etc.) qui a presque complètement disparu depuis que la grippe a passé par là. Peut-être le catarrhe aigu grippal a-t-il décapé pour ainsi dire les parties les plus profondes de l'arbre respiratoire, en produisant un renouvellement complet et rapide d'un épithélium dégénéré. Je ne sais ce que vaut l'hypothèse ; mais le fait était assez frappant.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Conseil général des Sociétés Médicales d'arrondissement de la Seine.

Nous avons été les premiers, il y a 3 ans, a propos de l'*Union médicale des Sociétés de secours mutuels*, à conseiller la fédération des Sociétés médicales d'arrondissement ; nous sommes heureux de reproduire l'article suivant du *Bulletin médical*, qui constate la première tentative d'action du Conseil général.

Exercice illégal de la médecine. Les médecins étrangers.

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissements de la Seine s'est réuni lundi soir pour délibérer sur les mesures à prendre dans le but d'empêcher l'extension de l'exercice illégal de la médecine. Cette question avait déjà été mise à l'ordre du jour de la plupart des Sociétés et le Conseil était chargé de condenser les propositions émises.

D'un avis unanime le Conseil général, représentant toutes les Sociétés médicales, à l'exception de celles des VIIe, VIIIe et IXe arrondissements, c'est-à-dire environ les deux tiers des médecins de la Seine, a formulé les conclusions suivantes :

1° Lorsqu'un cas d'exercice illégal de la médecine sera dûment constaté, le médecin qui se considérera comme lésé, portera plainte devant la Société médicale de son arrondissement ; cette dernière provoquera, s'il y a lieu, la réunion du Conseil général des sociétés d'arrondissement de la Seine, lequel, après examen, pourra charger son président d'exercer toute poursuite légale avec l'appui moral et matériel des Sociétés adhérentes.

Le Conseil général émet le vœu que les Sociétés médicales insistent auprès des autorités compétentes pour obtenir la publication des listes des médecins dressées en vertu des articles 25 et 26 de la loi de ventôse an XI :

Art. 25. — Les commissaires du gouvernement près les tribunaux de première instance dressent les listes des médecins et chirurgiens anciennement reçus, de ceux qui sont établis depuis dix ans sans réception, et des docteurs et officiers de santé nouvellement reçus suivant les formes de la présente loi et enregistrés au greffe de ces tribunaux ; ils adresseront en fructidor de chaque année, copie certifiée de ces listes au grand juge, ministre de la justice.

Art. 26. — Les sous-préfets adresseront l'extrait de l'enregistrement des anciens certificats et des nouveaux diplômes, dont il vient d'être parlé, aux préfets, qui dresseront et publieront les listes de tous les médecins et chirurgiens anciennement reçus, des docteurs et officiers de santé domiciliés dans l'étendue de leur département. Ces listes seront adressées par les préfets au ministre de l'intérieur dans le dernier mois de chaque année.

La réunion s'est ensuite occupée des médecins munis de titres étrangers et exerçant en France. Après un échange de vues, elle a été unanime pour émettre le vœu suivant pour lequel elle espère l'appui du corps médical français tout entier :

« Le conseil général émet le vœu que tout médecin, français ou étranger, désirant exercer la médecine en France, soit astreint à subir les examens réguliers et complets devant une Faculté ou école de médecine de France. »

Avancement des médecins de réserve et de l'armée territoriale

Paris, le 18 décembre 1889.

Monsieur le Président,

Lorsque les bases de la réorganisation générale du service de santé militaire eurent été arrêtées définitivement, on dut prendre des dispositions exceptionnelles pour constituer le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale ; à cet effet, furent rendus les décrets des 10 janvier 1884, 2 mai et 27 août 1887, qui permirent de nommer d'emblée au grade de major de 2e classe, sous la seule réserve qu'ils fussent pourvus du grade d'aide-major de 2e classe, les médecins et pharmaciens occupant soit dans l'Université, soit dans les hôpitaux, des situations déterminées.

Aujourd'hui, le cadre des médecins et des pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale est assez solidement constitué pour que l'on puisse revenir aux règles du droit commun, tout en facilitant l'avancement rapide des médecins et des pharmaciens appartenant au corps enseignant ou aux hôpitaux, par l'application aussi large que possible, de mesures spéciales, mais très justifiées.

Suit le décret :

Art. 1er. — Les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement dans les conditions ci-aprés indiquées.

Toutefois, en temps de paix, ils ne peuvent parvenir à un grade supérieur à celui de major de 2e classe dans la réserve, et de principal de 2e classe dans l'armée territoriale.

L'avancement a lieu sur l'ensemble des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, dans chaque hiérarchie respective.

Art. 2. L'avancement à tous les grades de la hiérarchie est donné exclusivement au choix.

Les propositions pour l'avancement sont établies soit au moment où les officiers quittent l'armée active, par retraite ou démission, soit à la suite d'une période d'instruction à l'occasion de l'inspection générale.

Art. 3. — Nul ne pourra, en temps de paix, être proposé pour le grade de médecin-major de 2e classe s'il n'a subi avec succès un examen spécial portant sur des connaissances militaires et administratives, dont le programme est fixé par le ministre de la guerre.

Cet examen est indépendant de celui qui est exigé pour être nommé médecin auxiliaire ou aide-major de 2e classe de réserve et de l'armée territoriale.

Art. 4. — Les propositions sont arrêtées chaque année à la suite de l'inspection générale, de concert entre le général commandant le corps d'armée auquel est affecté le candidat et l'inspecteur général du service de santé.

Les candidats maintenus sont classés par ordre de mérite sur une liste dressée par grade, pour chaque profession.

Les listes régionales ainsi établies sont adressées au ministre, qui fixe le nombre de candidats à prendre en tête de chacune d'elles ; ces listes réduites sont fusionnées par profession et par grade en une liste unique établie par ordre d'ancienneté qui constitue le tableau définitif d'avancement.

Les candidats inscrits au tableau d'avancement sont nommés au fur et à mesure des vacances.

Ils ne peuvent être rayés du tableau d'avancement que dans les mêmes conditions que les officiers de l'armée active.

Art. 5. — Les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale ne peuvent être proposés pour l'avancement que s'ils réunissent les conditions d'ancienneté absolue, exigées par la loi du 14 avril 1852.

Art. 6. — Les médecins et pharmaciens de réserve ne sont nommés au grade supérieur qu'après tous les officiers du corps de santé de l'armée active de leur catégorie respective, ayant une ancienneté égale ou supérieure à la leur.

Art. 7. — L'ancienneté de grade des officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale est déterminée par la date du décret de nomination à ce grade, soit dans l'armée active, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Le temps passé dans leurs foyers par les médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale compte pour l'ancienneté de grade, déduction faite des interruptions de service par suite de mise hors cadres, de suspension d'emploi ou de démission.

Art. 8.— Les médecins de réserve et de l'armée territorale devront, avant d'être proposés pour l'avancement, avoir accompli au moins une période d'instruction dans leur grade.

Art. 9. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancement, successivement pour les grades d'aide-major de 1re classe, de major de 2e classe dans la réserve ou l'armée terr itorale et de major de 1re classe dans l'armée territoriale, sous les réserves des articles 3, 5 et 8, les médecins et pharmaciens appartenant à une des catégories ci-après : médecins professeurs titulaires dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de l'Etat, pharmaciens professeurs titulaires dans les écoles supérieures de pharmacie et dans les facultés mixtes.

Art. 10. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancement pour les grades d'aide-major de 1re classe et de major de 2e classe, sous les réserves des articles 3, 5 et 8, les médecins et pharmaciens professeurs agrégés dans les facultés de l'Etat, les professeurs dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie, les pharmaciens professeurs agrégés des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes, ainsi que les médecins et pharmaciens qui sont médecins, chirurgiens, accoucheurs ou pharmaciens des hôpitaux dans les villes de faculté où ces emplois sont donnés au concours.

Art. 11. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancement pour le grade d'aide-major de 1re classe, sous les réserves des articles 5 et 8, les médecins et pharmaciens professeurs suppléants dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie, les prosecteurs des facultés de l'Etat ou desdites écoles de médecine, nommés au concours, les médecins et pharmaciens qui sont médecins, chirurgiens, accoucheurs ou pharmaciens d'hôpitaux dans les villes autres que celles de faculté, où ces emplois sont donnés au concours, ainsi que les anciens internes des hôpitaux des villes qui possèdent une faculté ou faculté mixte de l'Etat.

Art. 12. — Les médecins et pharmaciens spécifiés aux articles 9, 10 et 11 ne peuvent être promus au grade supérieur dans la réserve qu'après les officiers du corps de santé de l'armée active, d'une ancienneté égale ou supérieure à la leur, promus au tour du choix.

Art. 13. — A grade égal, les médecins et pharmaciens de l'armée active auront dans leur hiérarchie propre le commandement sur ceux de réserve et de l'armée territorale.

Toutefois, ceux de ces derniers qui ont servi dans l'armée active conservent les droits que leur conférait leur rang d'ancienneté au moment où ils ont quitté l'armée.

Les médecins et pharmaciens servant dans la réserve ou l'armée territoriale avec le grade dont ils étaient pourvus dans l'armée active auront le commandement sur les autres officiers du corps de santé militaire de réserve et de l'armée territoriale de leur hiérarchie ayant le même grade.

Art. 14. — En temps de guerre, les officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement au choix dans les mêmes conditions que les médecins et pharmaciens de l'armée active, sans que les grades ainsi obtenus leur créent des droits à être maintenus dans ladite armée.

Art. 15. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions des décrets et règlements contraires au présent décret.

Le médecin et les fonctions publiques.

Il est assez général que lorsqu'un médecin se présente à une fonction élective, on ne manque pas de le plaisanter et de le renvoyer à ses malades.

Pourquoi ?

Il n'y a pas plus de raisons de le renvoyer à ses malades, qu'un avocat à ses causes, un agriculteur à sa charrue, un rentier à ses rentes, etc.

A la dernière séance de rentrée de l'école de médecine de Reims, M. le Dr *Henri Henrot* a prononcé un éloquent discours. Il venge les médecins de ceux qui sont jaloux de la place de plus en plus grande qu'ils prennent à la tête des municipalités, dans les conseils départementaux, et au parlement.

A Reims, ville éclairée, il y a deux conseillers généraux, deux députés médecins.

La mairie est occupée, depuis dix ans, par l'auteur du discours, M. H. Henrot. Sous son administration, on a fait des égouts, fondé le bureau d'hygiène que dirige avec tant de distinction le Dr Noël, bâti des écoles, créé une école régionale des arts industriels, etc. Tout le monde est unanime à constater sa parfaite gestion d'une ville de cent mille habitants.

Laissons donc la parole au Dr Henrot, professeur à l'école de médecine, créateur et président de la Société d'hygiène publique de Reims et applaudissons-le.

Dr H. Léguyer,
de Beaurieux.

Discours de M. H. Henrot,
Maire de Reims.

Messieurs les Elèves,

A cette même place, dans des circonstances semblables, mes prédécesseurs vous ont dit ce que doit être le médecin, le rôle important qu'il joue dans la famille et dans la société ; je ne reprendrai pas une thèse qui a été si éloquemment développée, j'essaierai seulement de rechercher pourquoi le médecin actuel se trouve de plus en plus mêlé aux affaires publiques.

Autrefois, le médecin consacrait toute sa vie à l'exercice de sa profession, il y donnait toute son intelligence et tout son dévouement ; aujourd'hui, il a pris dans toute la hiérarchie de la vie publique une place des plus importantes : deux membres de cette Ecole font partie du Parlement ; depuis près de dix ans la Mairie est occupée par deux de vos maîtres; il n'est pas de Société de bienfaisance, de prévoyance, de musique, de gymnastique ou de tir qui n'ait à sa tête un médecin. Comment expliquer cette sorte d'envahissement : c'est ce que je voudrais sommairement examiner avec vous.

Tout d'abord, l'éducation de l'étudiant en médecine le prépare sérieusement au rôle social qui lui est réservé ; de toutes les professions libérales, la médecine est celle qui exige les connaissances les plus variées ; lorsque vous vous asseyez sur les bancs de l'École, votre esprit a déjà été exercé à parcourir tout ce qui constitue la vaste encyclopédie humaine.

Dès votre première année, alors que vos camarades des autres Facultés restent attachés à leurs livres, vous êtes entrés dans la vie réelle ; vous avez dû maîtriser votre nature pour faire de répugnantes recherches et fouiller dans l'homme qui vient de s'éteindre le secret de sa maladie. Aussitôt que vous avez approché un malade, vous avez senti peser sur vous une lourde responsabilité, car vous savez que la plus petite négligence ou la plus légère maladresse de votre part peut être funeste.

Tout ce qui émeut, tout ce qui attendrit, tout ce qui passionne le genre humain, vous l'avez ressenti : la mort, la souffrance, la maladie, le désespoir ont tour à tour remué votre cœur ; à l'âge où tant d'autres ne connaissent que les enchantements et les joies, vous avez dû donner quelque chose de vous-mêmes à vos malades en entendant les cris des blessés, les plaintes des mourants ou les fureurs des aliénés. Vous n'avez pas l'âge d'homme que déjà votre caractère a été mûri par l'expérience : vous avez été souvent le confident, le protecteur, le consolateur de ces infortunés dont vous représentez quelquefois la seule famille.

Dès votre premier pas dans la vie, vous connaissez l'humanité ; vos études littéraires et historiques vous l'ont fait admirer dans ces caractères grands et généreux ou dans ces élans sublimes de patriotisme et de dévouement ; à côté des victimes du travail, vous voyez celles qu'ont faites la paresse, l'ivrognerie et la débauche ; après l'idéal qui vous avait grandi l'homme, vous trouvez cet abaissement du caractère, triste résultat d'un défaut d'équilibre dans les facultés morales.

Aussi quand vous êtes devenu homme et que l'heure du recueillement et de la méditation est arrivée, vous vous demandez avec anxiété si toutes ces maladies qui frappent de déchéance physique et morale l'homme, la femme et l'enfant, constituent véritablement dans notre société moderne un mal nécessaire, vous vous demandez s'il n'existe pas de palliatif assez puissant pour arracher tous ces malheureux à une chute aussi rapide et aussi profonde ; vous avez conscience alors du rôle social que vous êtes appelé à remplir. Comme médecin, vous devez chercher à guérir les maladies guérissables et à rendre moins pénibles celles qui sont fatales ; comme hygiéniste, vous sentez que vous avez le devoir de faire un suprême effort pour arrêter le développement des maladies susceptibles d'être évitées.

Ces pensées vous font désirer, pour l'ensemble de la société, l'application de toutes ces règles salutaires dont vous exigez l'observance chez vos clients. Votre action ne s'exerce plus seulement dans la famille, elle s'étend sur tout un centre de population.

Imbu de ces fortes doctrines, vous empêchez le développement de la fièvre typhoïde en surveillant l'eau d'alimentation, la propagation des maladies contagieuses par l'emploi des procédés de désinfection, et le développement des maladies de misère par la surveillance des logements et des denrées alimentaires.

En vous faisant hygiénistes, vous portez un préjudice considérable à vos intérêts privés ; vous prévenez nombre de maladies que votre silence seul eût laissé se développer ; mais, Messieurs les Elèves, le désintéressement, l'abnégation et le dévouement sont des vertus qui doivent vous être familières.

Il n'est pas de profession plus respectée que la nôtre, parce qu'à côté de ces qualités maîtresses, il en est une autre que vous possédez également, c'est le mépris du danger. Si, en temps de guerre, le soldat risque souvent sa vie sur les champs de bataille, il n'est pas de jour où vos ennemis les plus redoutables, les maladies infectieuses, les piqûres anatomiques, la diphthérie, ne viennent atteindre quelques-uns d'entre vous ; mais vous avez, Messieurs, le cœur haut placé ; votre dévouement est si intimement lié à la profession que dans aucune circonstance vous n'hésitez à faire votre devoir, je dirai plus, tout votre devoir.

Que vous vous installiez dans une ville ou dans un village, vous aurez des fonctions publiques à remplir ; l'inspection des enfants du premier âge, l'inspection sanitaire des écoles, les commissions d'hygiène et des logements insalubres, les dispensaires et le bureau de bienfaisance vous prendront, à titre gratuit, ou avec une rétribution insignifiante, une grande partie de votre temps ; ce contact quotidien avec les déshérités de la fortune

vous poussera à demander toutes les améliorations susceptibles de rendre la population plus forte et plus vigoureuse ; insensiblement vous serez ainsi appelés à discuter les grands problèmes sociaux, et selon vos aptitudes et votre activité vous serez entraînés dans des sphères qui s'éloignent un peu de la vie du praticien.

Voici, Messieurs les Elèves, par quel enchaînement logique le praticien le plus modeste, le moins ambitieux se trouve quelquefois appelé à prendre dans la vie publique une place active, justifiée par la connaissance approfondie qu'il possède des maux qu'il faut guérir et des misères qu'il y a à soulager.

Un de nos hygiénistes les plus distingués a dit que toutes les sciences sociales se résument pour ainsi dire en une question d'hygiène ; depuis une dizaine d'années, cette science nouvelle, grâce aux immortelles découvertes de notre illustre Pasteur, a apporté dans la prophylaxie des maladies médicales et chirurgicales des notions d'une rigueur et d'une précision admirables. Nous pouvons dès à présent prévenir la plupart des maladies contagieuses. Ce grand protecteur de l'humanité a tracé de main de maître les règles que vous avez à suivre ; vous vous efforcerez, Messieurs les Elèves, de les appliquer avec la foi robuste d'un disciple et le dévouement absolu d'un bon citoyen.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical du Loiret.

Séance du 16 juin 1889.

RAPPORT DE M. GASSOT, SECRÉTAIRE.

Messieurs et chers confrères,

Le Syndicat médical du Loiret a sept ans. C'est, dit-on, l'âge auquel il convient de faire son examen de conscience. Faisons donc cet examen et voyons si, en nous syndiquant, nous avons été simplement dupes de nos illusions, comme certains ont voulu le prétendre.

Dès notre première réunion, nous mettions à l'étude trois questions ; la médecine cantonale, la protection des enfants du premier âge et la situation faite au médecin dans ses rapports avec la Justice : — le sort réservé à nos revendications dans ces trois cas différents peut nous permettre d'apprécier sainement l'œuvre du syndicat.

Lorsque nous avons soulevé une question locale sur laquelle la compétence et l'autorité du syndicat était indiscutable et que nous avons fait de cette question une étude complète, l'examinant dans ses moindres détails et proposant des solutions pratiques, — le succès a été immédiat et complet. La réforme du service de la médecine cantonale, l'établissement de l'inspection médicale des écoles, celui du service médical des cantonniers en sont une preuve convaincante.

Si notre étude a été incomplète, nos revendications moins nettes ; si, au lieu de solutions fermes, nous nous sommes bornés à émettre des vœux, — la solution se fait attendre ; mais si nous reprenons notre œuvre, persistant dans nos aspirations et précisant les réformes que nous souhaitons, le résultat cherché finit par être obtenu. C'est le cas de la protection des enfants du premier âge, dont la réforme pendante aura pour premier effet de nous donner satisfaction sur ces deux points : diminution des écritures et indemnité de déplacement ; c'est encore le cas de l'abonnement des gendarmes à la médecine cantonale qui va être réalisé selon nos vœux ; ce sera de même celui de nos rapports avec la société de secours mutuels des instituteurs, si nous savons persévérer dans la ligne que nous nous sommes tracée.

Si, au contraire, nous abordons des questions trop vastes, comme la question de la médecine légale ou la revision de la législation médicale, nous restons dans le *statu quo*. C'est que l'action de notre syndicat, si légitime qu'elle soit, n'est pas suffisante. Cela ne veut pas dire qu'il faille nous désintéresser de ces grands problèmes, — loin de là : car c'est en entretenant l'agitation du corps médical que nous pourrons finalement aboutir, — mais cela signifie que nous ne devons pas nous bercer de chimères et croire qu'il suffit de protester contre les abus pour les faire disparaître.

Nous avons la patience, comme la force qui provient du bon droit, nous aurons aussi le triomphe.

A côté de ces résultats positifs, nous avons d'autres succès à enregistrer : toutes les mesures vexatoires que nous avons pu prévenir, les injustices ou les passe-droits que nous avons pu empêcher comptent aussi à l'actif du Syndicat, et, si nous voulions poursuivre un peu avant nos recherches, nous trouverions peut-être que ce n'est pas sur ce terrain que notre influence s'est fait le moins sentir.

Je ne vous parlerai pas des questions purement professionnelles, intra-médicales s'il est permis de s'exprimer ainsi, car là nous avons pleins pouvoirs : des relations confraternelles meilleures, des procédés plus corrects, une dignité professionnelle plus grande : tels sont les résultats obtenus par le Syndicat.

N'y aurait-il donc plus rien à faire? — Personne certes parmi nous n'a cette pensée; mais, sans nous désintéresser de l'avenir et même du présent, nous pouvions bien jeter en arrière ce coup d'œil sur le passé et nous rendre à nous-mêmes ce témoignage que nous n'avons perdu ni notre temps, ni notre peine.

I

Au 30 juin 1888, nous étions 87 ; nous sommes aujourd'hui 89.

Encore une fois nous recommanderons la propagande aux membres du Syndicat : un assez grand nombre de confrères s'abstiennent toujours, il faut vaincre leur résistance et dissiper leurs préventions s'ils en ont encore. Vous tous qui connaissez notre but, nos tendances, montrez-leur qu'il est de leur dignité véritable d'adhérer à nos statuts. Il faut qu'en dehors de nous il n'y ait place que pour ceux qui veulent se réserver le droit d'être mauvais confrères !

Messieurs,

Les questions d'ordre intérieur portées devant le Conseil syndical ont été peu nombreuses: Nous avons, pour le compte de la réserve,

acheté une obligation du Crédit Foncier (communales 1879, 500 fr. 3 % à lots n° 854,569), ce qui peu à peu augmente notre portefeuille.

Nous avons mis à la disposition de ceux d'entre vous qui en désiraient, des carnets de certificats de décès conformes au modèle que vous avez adopté l'an dernier en Assemblée générale.

Nous avons effectué près de l'Administration le dépôt des pièces exigées par la loi pour les Syndicats officiellement constitués.

Nous avons rejeté une proposition votée par le Cercle d'Orléans au sujet des nouveaux adhérents : vous aurez dans quelques instants à examiner cette question et à trouver une solution qui reste conforme à l'esprit des statuts sans faire trop longtemps attendre ceux qui veulent bien venir à nous.

Nous avons enfin voté, sur la proposition de notre Président, la création d'une médaille spéciale au Syndicat : la gravure d'un coin qui restera notre propriété nous permettra, selon l'occasion, de perpétuer des souvenirs et de donner un témoignage de gratitude et d'affection à ceux qui par leur dévouement et leur autorité morale auront bien mérité du corps médical. Vous ratifierez certainement cette décision du Conseil syndical.

II

Les questions professionnelles ont, comme toujours, été plus nombreuses et plus importantes.

Nous nous sommes occupés de l'organisation du service de l'hygiène et de la santé publiques et avons pris devant l'Administration qui sollicitait votre concours, l'engagement de présenter les articles du règlement à intervenir. Ce règlement, qui va être soumis à votre sanction, répondra, nous l'espérons, aux nécessités présentes et sa mise en vigueur constituera un succès de plus à notre actif.

Il en sera de même du vœu relatif aux teigneux que nous présenterons à l'Administration : celle-ci qui, plus que jamais, nous consulte sur les questions médicales, nous sera, on n'en peut douter, reconnaissante du concours éclairé que nous lui apportons.

L'importante question des certificats a été soulevée de nouveau à propos des exigences des compagnies d'assurances sur la vie : les résolutions que vous soumet le Conseil syndical, en traçant une ligne de conduite uniforme, la résolvent au point de vue médical et préviendront les ennuis incessants qu'elle suscite.

Le service de protection des enfants du premier âge que nous avions étudié, puis laissé de côté pour le reprendre encore, va subir une réforme assez sérieuse : les conditions dans lesquelles cette réforme a été proposée vous sont connues et, sans les rappeler, on peut dire que ces conditions plus que la réforme en elle-même soulevaient les justes susceptibilités du Corps médical. Le Conseil syndical a été d'avis qu'il y avait lieu de protester tout d'abord près de l'Administration contre les suspicions dont les médecins inspecteurs étaient l'objet et de réduire à leur juste valeur les insinuations malveillantes dirigées contre eux, puis d'accepter la réforme telle que j'avais pu, de concert avec MM. Patay et Beaurieux, la faire adopter par le Comité départemental.

Nous espérons que cette solution vous agréera, car la réforme donne satisfaction à plusieurs vœux que nous avions dès longtemps formulés et la protestation sauvegarde notre dignité professionnelle que des rapports suspects paraissaient mettre en cause.

Je suis d'ailleurs particulièrement heureux de pouvoir ajouter que M. le Préfet du Loiret m'a officiellement chargé de vous dire que, dans son esprit, le contrôle proposé n'impliquait aucune idée de suspicion contre le corps médical dont il appréciait hautement le dévouement et l'abnégation.

Nous n'oublierons pas enfin que, dès le premier jour, M. Bœgner a pris vis-à-vis de vous cette attitude bienveillante autant que correcte et qu'avant de donner suite au projet de réforme, il a tenu à avoir l'avis du Syndicat médical. Vous vous joindrez à nous, messieurs, pour lui en témoigner notre gratitude.

La question de la société de secours mutuels des Instituteurs et Institutrices du Loiret n'a pas fait un pas et nous attendons toujours du Conseil d'Administration de cette société une réponse à nos communications. Si l'on en croit le bruit qui court, nos demandes auraient fini par être rejetées et ce résultat serait dû à l'influence de membres honoraires qui prétendent connaître les intérêts des Instituteurs mieux que les Instituteurs eux-mêmes. Il convient d'attendre la communication du procès-verbal ; mais vous aurez, messieurs, à examiner la situation que nous créerait une semblable résolution de la Société ainsi que la réponse qu'elle pourrait nécessiter de la part du Syndicat.

Une autre question va arriver à solution, c'est celle de l'abonnement des Gendarmes au service de la médecine gratuite. Le Conseil Syndical n'a pas eu à l'examiner de nouveau : vous aviez voté des résolutions à ce sujet et il n'y avait qu'à en poursuivre la réalisation.

Chargé, en raison de mes fonctions, de présenter un règlement et un rapport sur la question, je me suis borné à transcrire les décisions du Syndicat en donnant à l'Administration les moyens d'en assurer l'exécution, et j'ai le plaisir de vous annoncer que mes propositions ont été acceptées par M. le Commandant de Gendarmerie et par M. le Préfet du Loiret.

La question de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires avait été soulevée, mais il y a eu dans le Conseil Syndical unanimité à penser qu'il ne convenait pas au Syndicat de se faire délateur vis-à-vis de confrères que leurs supérieurs hiérarchiques autorisent et qui ne peuvent être atteints que par l'impôt de la patente.

Enfin, messieurs, la création d'une société médicale scientifique du Loiret proposée par le Cercle d'Orléans a été rejetée par le Conseil Syndical qui a pensé qu'une telle société ne répondait pas à un besoin véritable et pouvait créer de sérieuses difficultés au Syndicat qui en aurait pris l'initiative.

Vous le voyez, messieurs, l'année qui vient de s'écouler a eu, comme les précédentes, son contingent de labeurs. Si nous n'avons pas à vous signaler de résultats acquis, nous avons préparé l'œuvre de l'an prochain qui promet de n'être pas stérile.

L'expérience nous l'a prouvé, nous devons marcher de l'avant si nous voulons aboutir. Nous devons proposer des projets et non récriminer contre les faits accomplis. C'est pourquoi le Con-

seil syndical n'hésite pas à prendre, au moment opportun, l'initiative des réformes et à saisir directement les Cercles Syndicaux ; il souhaiterait que ceux-ci voulussent bien toujours examiner à fond les questions qu'il leur soumet et terminer leurs discussions par le vote de conclusions précises. Eclairé sur les véritables aspirations des membres du Syndicat, le Conseil ne craindrait pas de substituer ses propres désirs aux vôtres et prendrait ses décisions avec plus d'autorité.

Enfin, souvenez-vous, messieurs, que c'est pour vous tous un devoir de faire œuvre d'initiative personnelle ; nous nous sommes syndiqués non pas pour être régentés et conduits par quelques-uns, fussent-ils les plus dignes, mais pour nous régir nous-mêmes et mériter, avec le bien-être auquel nous avons droit, la considération morale qui ne nous est pas moins nécessaire. » (*Applaudissements.*)

L'Assemblée générale, à l'unanimité, donne son approbation à ce rapport.

REPORTAGE MÉDICAL

On parle, dans la marine, de la création d'un corps de *médecins coloniaux*, recrutés volontairement parmi les médecins de la marine, qui y entreront d'emblée avec le grade supérieur et jouiraient d'avantages supérieurs au corps de santé ordinaire, à cause des dangers qu'ils seront appelés à affronter sans cesse.

Deux cas de morve mortelle ont été constatés sur des habitants de Lucinges (Haute-Savoie).

Le *Conseil général* des sociétés d'arrondissement est un syndicat de défense. Pour qu'il puisse agir efficacement, en attendant le vote d'un article explicatif de la loi sur les syndicats professionnels, il serait armé s'il déposait des statuts sous la forme de *Société civile*.

De l'Encombrement des Hôpitaux à Paris. La grippe persiste à l'état épidémique dans un grand nombre de villes. En ce qui concerne Paris, nous devons dire que l'on connaît aujourd'hui des cas remontant au 17 novembre, et, par conséquent, antérieurs à l'épidémie du Louvre. Les hôpitaux sont encombrés et il y a actuellement 1,200 brancards, au lieu de 800 qui y existent d'habitude à cette époque de l'année. Il y a cette semaine 200 cas de mort en plus de ceux de la semaine dernière (voir *Bull. stat. de Paris*). On se plaint tous les hivers de l'encombrement des hôpitaux par les brancards. Il serait possible, nous l'avons déjà dit bien des fois, de faire cesser, sinon complètement, au moins en très grande partie, cette triste situation : 1° Il faudrait organiser dans les hôpitaux des *consultations* sérieuses faites par les médecins du Bureau central dont le savoir et l'activité ne sont pas utilisés. Ces consultations, complétées par la distribution de médicaments, bains, etc., et par un secours de maladie, permettraient de laisser chez eux un certain nombre de malades qui donneraient par conséquent des lits disponibles à chaque hôpital, qui devrait être le centre d'une circonscription hospitalière. Il pourrait en être de même, sinon de toutes, au moins d'une partie des maisons de secours qui sont, en réalité, des *dispensaires* malheureusement mal organisés.

2° Il existe dans les hôpitaux des malades atteints de maladies chroniques qui devraient être transportés dans les hospices, où ils coûteraient moins cher, ce qui fournirait encore un certain nombre de lits.

3° Pour avoir des lits disponibles dans les hospices, il conviendrait d'augmenter le nombre des *pensions représentatives* et de n'admettre dans ces établissements que les personnes atteintes de maladies chroniques qui, pour être soignées convenablement, exigent la présence d'une personne qui ne peut contribuer aux ressources de la famille ou les vieillards qui n'ont plus du tout de famille. Chaque année, nous voyons des vieillards nous demander de les aider à avoir des pensions représentatives, et, généralement, ils ne peuvent les obtenir. L'administration devrait les encourager à les réclamer, car l'assistance à domicile est la meilleure et elle apprend aux familles à ne pas se désintéresser de ses membres devenus vieux.

La réalisation de cet ensemble de mesures, jointe à l'achèvement de l'hospice de Brévannes, montrerait, nous en avons la conviction, qu'il n'est pas nécessaire de se lancer dans la construction de nouveaux et vastes établissements hospitaliers. (*Progrès médical.*)

A l'arrivée de la saison froide, on a constaté des empoisonnements par les *briquettes employées au chauffage des voitures de place.* Un arrêté de la préfecture en interdit l'emploi si le loueur ne prouve pas que la ventilation du fiacre est suffisante pour rendre le séjour inoffensif, lorsque les vitres sont hermétiquement closes. On devrait bien prendre des mesures analogues pour la ventilation des voitures des trains, pour les sleeping-cars, qui sont des foyers permanents d'infection et de propagation des maladies transmissibles. Pourquoi a-t-on supprimé les jalousies qui surmontaient les portières des wagons ? On devrait afficher dans tous les trains qu'il est dangereux de se clore hermétiquement ; il est vrai qu'il faudrait aussi obtenir de toutes les Cies et pour toutes les classes, un chauffage suffisant !— En tout cas, pour les fiacres, la mesure de la préfecture a supprimé pendant quelque temps tout chauffage.

Nous avons à souhaiter la bienvenue à deux nouveaux journaux de médecine : *l'Actualité médicale*, publiée sous la direction du Dr *Goureau*, 2, rue de Châteaudun et la *Médecine Moderne* fondée par M. le professeur *Germain Sée* avec de nombreux et brillants collaborateurs.

Hôpital des enfants. — Le Dr Jules Simon reprendra ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 15 janvier, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.
Consultation le samedi, à 9 heures.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les docteurs Bressot, de Dreux ; Assier, de Longué ; Alba, d'Attignéville, et Arène, d'Hyères, membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues

Douzième année **N° 3** 18 Janvier 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Autotyphisation et fièvres de surmenage (1).

On sait que le professeur Peter n'a jamais renoncé à combattre la pathogénie microbienne des maladies infectieuses et qu'il revient avec prédilection dans son enseignement clinique sur la genèse spontanée des affections typhoïdes. C'est ainsi qu'il citait récemment les cas de plusieurs malades observés par lui et pour l'interprétation desquels il invoque la chimie contre la microbie.

Il a parlé de quatre sujets qui, de sexe, d'âge et de professions diverses, ont présenté tous les quatre un état morbide à peu près identique, rappelant beaucoup la fièvre typhoïde, fièvre continue à type rémittent, langue saburrale, quelquefois rouge à la pointe, anorexie, diarrhée fétide, adynamie profonde.

Mais ces états diffèrent de la dothiénentérie par la marche du cycle fébrile : au lieu de n'atteindre que progressivement l'acmé thermique par une ascension graduelle, dès le deuxième ou troisième jour les malades de M. Peter avaient 40°.

En outre, ils ont presque toujours présenté au bout de quelques jours de fièvre une *rémission* complète, avec apyrexie qui a duré deux à cinq jours, puis de nouveau la température s'est élevée pendant plusieurs jours pour retomber définitivement ; ce sont là ces *fièvres typhiques à rechute*, que le professeur de Necker rapproche du relapsing fever ou typhus recurrent, et qu'il appelle des *fièvres de fatigue ou de surmenage*.

Ces états diffèrent encore de la dothiénentérie par l'absence de tuméfaction de la rate, par l'absence des taches rosées lenticulaires. Pour M. Peter ce sont des cas de *typhus ébauché*, et il ne manque, pour en faire des cas de typhus complet, que les conditions d'encombrement qui président à la production du typhus des camps, des villes assiégées, des navires encombrés, des prisons.

Les malades qui ont servi de texte aux développements de M. Peter étaient : une porteuse de pains, misérable et surmenée comme elles le sont toutes, créatures qui, trop chargées, montant du matin au soir d'innombrables étages, « ont fait à la fin du mois leur ascension du mont Blanc » ; — un candidat à l'Ecole centrale chez qui la préparation de ses examens avait produit la fièvre, une céphalalgie atroce et un délire « professionnel » où il ne parlait que de logarithmes et de sinus ; — un jeune employé de bureau, qui à l'occasion de la fête nationale avait pendant deux jours dansé, soupé et abusé des plaisirs de Vénus au point de se donner une courbature des membres inférieurs et... une balanite, — enfin un palefrenier de la Compagnie des voitures, pauvre diable, travaillant 18 heures par jour pour un salaire insuffisant, privé de sommeil et d'alimentation.

Tous ces surmenés par une cause quelconque avaient emmagasiné des déchets organiques : créatine, créatinine, inosite, leucomaïnes, etc., par insuffisance de l'émonction, malgré l'intégrité des émonctoires, parce que leur sang s'est trouvé subitement encombré d'une quantité de substances excrémentitielles supérieure à celle que peuvent éliminer dans un temps donné les émonctoires même en fonctionnant avec activité. C'est bien là de l'auto-intoxication, et il n'y a pas lieu de refuser d'admettre cette pathogénie de la fièvre de fatigue ou fièvre de surmenage qu'on a encore appelée courbature fébrile.

Les travaux de A. Gautier sur la toxicité des ptomaïnes et leucomaïnes fabriquées par les tissus animaux nous fournissent de ces faits une interprétation satisfaisante. Mais où le professeur de Necker laisse voir son exclusivisme antimicrobien, c'est quand il prétend, par un abus de généralisation, étendre cette interprétation pathogénique à tous les typhus.

La fièvre à rechute, le relapsing fever, dont la cause microbienne est acceptée par la presque unanimité des médecins, les spirilles décrits par Obermeïer ayant toujours été trouvés dans le

(1) Cliniques de l'hôpital Necker. (*Bulletin médical.*

sang des malades au moment des accès fébriles, n'est, suivant M. Peter, qu'une fièvre de surmenage, et les spirilles deviennent à ses yeux la conséquence de l'affection et non sa cause.

Il est pourtant tout aussi satisfaisant de reconnaître que l'état typhoïde (langue sale et sèche, fermentations gastro-intestinales, fièvre, stupeur, etc.) est un syndrôme commun qui peut dépendre d'un grand nombre de causes ; il traduit toujours le développement et la rétention dans le sang d'un excès de déchets organiques ; mais la cause qui amène cette production excessive de poisons peut être soit un fonctionnement excessif des organes, muscles ou centres nerveux comme dans la courbature fébrile ou le surmenage intellectuel, soit l'introduction dans l'organisme de microbes pathogènes d'espèces différentes, le bacille d'Eberth pour la dothiénentérie, le spirille d'Obermeïer pour la relapsing fever.

Prostitution clandestine et prostitution réglementée.

On n'a pas oublié la discussion prolongée qui a eu lieu à l'Académie il y a un an au sujet de la prophylaxie de la syphilis. M. *Commenge* a entrepris une statistique au dispensaire de la préfecture de police pour mettre en lumière l'influence exercée par la surveillance administrative sur la propagation de la syphilis.

Il a cherché dans une période de dix ans (1878 à 1887) le nombre des malades trouvées : 1° parmi les femmes inscrites, qu'elles soient en maison ou en carte ; 2° parmi celles qui, quoique inscrites, sont l'objet d'arrestations plus ou moins nombreuses ; 3° parmi les insoumises ou femmes qui se livrent à la prostitution clandestine.

Au point de vue de la syphilis, la moyenne est de 7,30 % pour les filles en carte ; — 12 %, pour les filles en maison ; — 16,69 % pour les filles insoumises.

Ainsi la proportion des syphilitiques est beaucoup plus forte chez les insoumises ; ces chiffres prouvent une fois de plus la nécessité d'une surveillance rigoureuse de la prostitution et mettent en évidence l'influence de la prostitution clandestine sur la propagation de la syphilis.

Prophylaxie de la tuberculose. Importation de la phthisie en Algérie par les malades européens.

M. *G. Sée* est remonté à la tribune pour apporter un nouvel argument en faveur de l'inutilité des prescriptions rigoureuses contre la diffusion de la tuberculose. Il a invoqué ce curieux édit rendu par le roi de Naples un siècle avant la découverte du bacille de Koch.

« 1° Tout médecin traitant est tenu rigoureusement de fournir un état à la Régence aussitôt qu'il a constaté la phthisie, c'est-à-dire l'ulcère pulmonaire, chez un de ses clients. S'il néglige cette dénonciation, il est passible d'une amende de 100 ducats, et, en cas de récidive, il est condamné sans appel à un bannissement de dix ans.

2° Les malades pauvres sont, après la constatation de la maladie pulmonaire, amenés aussitôt, et sans plus ample informé, à l'hôpital.

3° Les directeurs des hôpitaux doivent conserver à part les vêtements et le linge destinés aux phthisiques.

Il sera fait un inventaire des vêtements qui avaient été portés par tout individu reconnu tuberculeux, et après sa mort le directeur doit vérifier si toutes les parties de l'habillement sont encore présentes.

Toute contravention à cette partie du décret sera punie de l'emprisonnement ou même des galères.

4° L'autorité a le devoir de renouveler la chambre du malade, c'est-à-dire le parquet, les couvertures et les tentures, de brûler les fenêtres et les portes et de les remplacer par d'autres.

5° Des peines sévères seront appliquées à tous ceux qui achètent ou vendent des effets ayant appartenu à des phthisiques.

6° Toute maison dans laquelle succombe un phthisique sera mise à l'index (son propriétaire se trouvait ainsi réduit à la misère).

Ces prescriptions n'étaient que la copie de celles qui existaient déjà contre la peste.

Elles n'empêchèrent point la propagation de la

FEUILLETON

Les paradoxes d'un académicien belge.

(*Suite et fin.*)

De ce que la clientèle manque de fixité, nous concluons assez mal à propos qu'elle est ingrate.

L'inconstance n'est pas toujours une preuve d'ingratitude. Le peuple, à beaucoup près, n'attache pas à cela la même importance que nous ; comme le Dr Boëns, il n'y voit que son droit strict.

On quitte donc un médecin souvent à la légère et pour des raisons qui sont étrangères à sa personne. On n'aura pas pu, par exemple, payer ses honoraires intégralement et on n'ose plus l'aller chercher : on en aura trouvé un autre sous sa main, et, sans conséquence, on l'aura pris ; on aura cédé aux sollicitations d'un parent ou d'un ami qui vous a proposé le sien, qui vous l'amène, etc.

Il y a quatre ou cinq ans, je fus appelé dans une maison bien habitée, où j'avais quelques bons clients, chez des locataires du premier étage dont le nom ne m'était pas du tout connu.

Je m'y rendis quand même. Le ménage de ces gens avait bonne apparence et était bien tenu ; la figure de la personne alitée était honnête et sympathique.

J'appris, en l'interrogeant, qu'elle avait été gravement malade deux ans auparavant, je crois.

— Et qui vous a traitée, demandai-je ?

— C'est monsieur le docteur Mercier.

— Et pourquoi n'avez vous pas été chercher M. le Dr Mercier ? N'avez vous pas été contente de ses soins ?

— Pardonnez-moi.

— Alors pourquoi changer de médecin ?

— (?)

— Vous n'avez peut-être pas pu le payer ?

— Non ; nous lui redevons encore quelque chose...

— Priez-le de revenir vous voir, et vous verrez qu'il reviendra. S'il refuse, vous me le ferez savoir ; et je vous promets d'être à votre disposition.

J'ai su qu'elle avait repris son médecin habi-

phthisie. Les prescriptions de la commission académique ne seront pas plus efficaces.

M. G. Sée lit une lettre de M. Cornet (de Berlin) qui n'admet pas d'autre cause démontrée pour la propagation de la phthisie que la dissémination des crachats desséchés et estime qu'on exagère le rôle de l'hérédité et de la prédisposition.

M. Sée dit que la contagion de la phthisie ne s'observe pas dans les hôpitaux d'enfants, parce que ceux-ci avalent leur crachats ; dans les hôpitaux d'adultes, il serait facile de prévenir la contagion par des soins de propreté. Il est inutile d'avertir un phthisique de la nature de sa maladie, parce que nous ne connaissons pas de remède efficace à la phthisie ; elle guérit cependant d'elle-même et plus souvent qu'on ne croit, mais dans des conditions que nous ignorons. En résumé, M. Sée résume la prophylaxie de la phthisie dans la destruction des crachats et la thérapeutique dans l'adoption d'un régime gras, l'huile de foie de morue et ses succédanés. (Nos lecteurs savent que nous avons sur ce point des idées moins simplistes (1).)

M. *Widal* a déclaré que la tuberculose pulmonaire, qui était à peu près inconnue en Algérie avant l'occupation française est aujourd'hui de plus en plus fréquente. Tandis, en effet, qu'en 1882, on avait admis dans les hôpitaux civils des trois provinces réunies 448 tuberculeux, en 1886, il en était entré 668.

La population militaire a été également de plus en plus atteinte. Le chiffre des tuberculeux, qui était dans les hôpitaux militaires de 53, est monté successivement à 72, 134, 113, 122, 132, 146 et enfin à 206 en 1887. Il faut noter que pendant ces différentes années l'effectif des troupes est resté à peu près le même.

La mortalité de la tuberculose est restée cependant moins élevée qu'en France ; elle n'a été, en effet, en Algérie que de 0,61 pour mille, tandis qu'en France elle a été de 0,63 à 1,29 pour mille. On peut en déduire que les climats chauds retardent manifestement l'évolution de la tuberculose ; cela tient, comme l'a dit avec raison Laveran, « à la température printanière, quoique assez variable, qui caractérise les hivers d'Alger et par suite pour les valétudinaires à la possibilité de substituer aux influences de l'atmosphère confinée de nos appartements une existence passée presque tout entière à l'air libre. »

Cependant, en face des progrès incessants que la phthisie fait en Algérie et des résultats peu rassurants fournis par la statistique militaire, on peut craindre de voir, à un moment donné, la tuberculose devenir aussi fréquente et peut-être aussi meurtrière qu'en France.

La tuberculose pulmonaire s'est implantée en Algérie comme s'y est implantée la fièvre typhoïde, autrefois à peu prés inconnue dans le pays. Et si elle s'y est accrue, ce n'est certainement pas que la population y soit devenue plus considérable, puisque le chiffre des effectifs militaires est resté constamment le même.

M. *Widal* se demande si la progression du mal n'est pas due au nombre toujours croissant de phthisiques qui, depuis vingt ans, viennent hiverner en Algérie et particulièrement à Alger où ils répandent la contagion. C'est dans cette ville, en effet, et dans la province du même nom que le chiffre des poitrinaires s'est montré de beaucoup le plus élevé.

Maintenant que le mal est fait, est-il possible de l'arrêter dans sa marche envahissante et progressive ? M. Widal croit que ce serait difficile. Il est cependant permis d'espérer qu'on pourra, jusqu'à un certain point, en atténuer les effets et en limiter la propagation en se montrant plus scrupuleux dans le choix des phthisiques à envoyer en Algérie. Les malades qui profitent du climat algérien sont ceux dont les lésions ne sont pas trop avancées. Ceux qui sont arrivés à la période des cavernes meurent tout aussi rapidement et même plus vite quelquefois qu'en France. Par contre, ils sont très dangereux par les crachats abondants qu'ils expectorent.

Il importe donc, dans l'intérêt des malades et dans celui de la colonie, de n'envoyer en Algérie que les tuberculeux n'ayant pas encore atteint la période cavitaire.

(1) Voir *Concours médical*, 1888, p. 424, 448, 470 : Comment doit-on soigner les phthisiques ?

---

tuel dont elle avait eu lieu d'être satisfaite auparavant.

Si nous agissions toujours avec cette franchise, nous en vaudrions beaucoup mieux.

Et la clientèle aussi !

*
* *

Le docteur Boëns ne veut pas que nous ayons à compter sur autre chose que le paiement de nos honoraires, aprés l'accomplissement de notre tâche ; comme si nous avions à imposer à nos malades ou à leur famille la reconnaissance de nos bons soins.

Mais la reconnaissance découle tout naturellement des bienfaits reçus, des attentions prodiguées.

Elle ne s'impose pas ; et elle est d'autant plus vive et sincère qu'elle se produit librement, spontanément.

C'est un sentiment qui s'effarouche à la moindre contrainte ; et si nous en faisions la condition des services rendus, si précieux soient-ils, nous risquerions d'en arrêter le développement.

La reconnaissance s'attache particuliérement au médecin charitable et consciencieux, qu'on le veuille ou non. Elle lui arrive ; parce que justement il ne s'y attend pas ; parce qu'il prodigue son assistance et ses bons offices à droite et à gauche par habitude, par devoir d'état, et sans marchander. *Ce bon docteur, il a soigné notre mère avec tant de bonté et de désintéressement que je lui en serai reconnaissant toute ma vie !... On peut dire qu'il a sauvé mon enfant, et je ne l'oublierai jamais !.....*

N'est-ce pas là de la reconnaissance, et de la bonne, ces cris du cœur ?

Ce sentiment est tellement à supposer comme une conséquence de nos bons soins, il est si bien dans la nécessité des choses, que le Code, chez tous les peuples civilisés, nous a interdit d'hériter de ceux que nous traitons.

C'est donc qu'en faisant des lois d'exception pour nous et contre nous, le législateur a prévu que la reconnaissance pourrait engendrer des abus et nous induire à l'exploiter.

Ces lois d'exception sont absolument correctes. Elles ont été dictées par un esprit de sage pré-

M. *Trélat* ajoute quelques brèves réflexions.

L'hérédité de la tuberculose lui paraît être passablement exagérée. Elle ne peut évidemment se faire que de trois façons: ou bien le nouveau-né a reçu directement le bacille infectant : ou bien il a reçu de ses auteurs une aptitude à engendrer ce bacille ; ou bien enfin, il a reçu d'eux une prédisposition à devenir une sorte de bouillon de culture pour ce bacille. Or, le premier mode d'hérédité, ou hérédité directe, est excessivement rare ; le second ne se discute même pas, car il ramène aux générations spontanées ; quant au troisième, sans le constater, M. Trélat dit : N'est pas bouillon de culture qui veut.

Ce que nous savons de l'hérédité nous conduit donc forcément à admettre la contagion comme cause presque unique de la tuberculose. L'étude des tuberculoses locales, le temps souvent très long que met la tuberculose à se généraliser, amènent à la même conclusion.

C'est donc contre cette contagion que doivent se diriger tous nos efforts. Il est impossible, en effet, d'attacher une valeur réelle aux règles d'hygiène générale qu'on a vantées comme capables d'armer l'organisme contre l'action du bacille tuberculeux. Aussi est-ce contre la cause de l'affection, contre l'agent contagieux qu'il faut s'armer.

Sous ce rapport, les conclusions de la Commission semblent devoir être admises par tous. Elles n'ont rien d'effrayant pour le malade. Elles n'ont rien, non plus, qui doive inquiéter son entourage et l'amener à refuser au phthisique, par crainte de la contagion, les soins dont il a besoin. C'est méconnaître le cœur humain qu'avoir cette crainte là. L'expérience de tous les jours le prouve.

A ne pas voter les conclusions de notre Commission, l'Académie commettrait une double faute: outre qu'elle semblerait nier le fait scientifique de la contagiosité de la tuberculose, elle inculquerait, sans le vouloir, aux malades et aux familles, la croyance que les précautions sont inutiles, et ce serait les amener à s'en abstenir.

Injections trachéales dans la pneumonie (1).

M. *Pignol* a traité dans le service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu trois cas de pneumonie par des injections trachéales de naphtol, savoir : une pneumonie double, une pneumonie droite à forme massive, développées chez des tuberculeux, et une pneumonie massive chez un sujet non tuberculeux.

Il s'est servi d'une solution de naphtol à 20 centigrammes pour 1000 d'eau. La quantité de liquide injectée en une séance d'une durée d'une demi-heure environ, a varié de 200 à 350 centimètres cubes.

Une femme tuberculeuse atteinte de pneumonie double a reçu 4 injections ; les autres malades, chacune une. Ces injections sont parfaitement tolérées et ne déterminent aucun accident ; les malades accusent au contraire immédiatement une diminution de la dyspnée et, peu après l'injection, on perçoit des râles aux points où il n'y avait que du souffle. Dans un cas, la fièvre est tombée après l'injection ; la pneumonie était au début. Chez les autres, il y a eu une amélioration notable ; les malades sont en cours de traitement.

M. Pignol, qui poursuit l'étude de la question, se contente pour le moment d'appeler l'attention sur une méthode thérapeutique qui lui paraît appelée à rendre des services dans beaucoup d'affections pulmonaires de nature infectieuse.

M. *Mathias Duval* fait remarquer que l'absorption par l'arbre bronchique a déjà été utilisée par Jousset de Bellesme qui, dans certains cas d'impaludisme, où une intervention active était nécessaire, a injecté du sulfate de quinine dans la trachée.

D'autre part, M. Duval a constaté que l'absorption de l'eau à la surface des bronches était tellement intense que chez les lapins qu'on asphyxie en leur trempant le museau dans l'eau, tous les globules du sang se trouvent immédiatement dissous.

M. *Malassez* rappelle que cette dissolution des globules sanguins a été constatée chez les noyés par MM. Brouardel et Vibert.

(1) Société de Biologie.

---

voyance, et personne, que je sache, n'a osé protester contre elles. Or, n'attestent-elles pas la réelle influence que le médecin peut exercer dans les familles, et l'estime particulière dont il jouit auprès de ses clients ?

Et en vertu de quoi, si ce n'est de ce que l'assistance qu'il donne n'est pas suffisamment acquittée quand elle a été rémunérée avec des écus ? Est-ce qu'on a jamais eu la pensée de faire des lois pareilles pour empêcher les tailleurs, les cordonniers, les bouchers et les restaurateurs de se faire coucher sur le testament de leurs bonnes pratiques.

Bref, quand nous avons traité des clients et réglé avec eux nos honoraires, si nous ne les avons pas trop écorchés, leur reconnaissance nous arrive par surcroît de bénéfice comme un profit additionnel.

Mais, je m'empresse de le dire, nous n'avons pas à tabler là-dessus ; et même il serait absolument vil de faire entrer ce sentiment en ligne de compte.

La reconnaissance est chose aléatoire. [Elle est, dit l'Arabe, comme ces précieuses liqueurs qui se bonifient dans un bon vase et qui se corrompent dans un mauvais.

Un médecin doit être au-dessus de tout cela. Il connaît cette maxime d'un sage que je lisais dernièrement sur la façade d'une vieille maison de la rue des Granges, à Besançon :

VERE REGIUM MAGNIQUE ANIMI EST AUDIRE MALE QUOD FECERIS BENE ; il doit être assez magnanime pour laisser parfois diffamer ses actes et dénigrer son œuvre, quand il a la conscience d'avoir bien fait.

***

Il est regrettable qu'un médecin sérieux ait écrit et publié des idées morales aussi fausses et aussi paradoxales... Charleroi est pourtant très loin de Paris ! ! !

Dr PERRON.

P. S. — M. Boëns n'est-il pas l'antivaccinateur enragé de Belgique, M. Hubert Boëns ?

La Rédaction.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *Technique du cathétérisme de l'urèthre.* — II. *Des lipomes transformés ou dégénérés.* — III. *Du cathétérisme rétrograde.* — IV. *Traitement du prolapsus rectal.*

I. — TECHNIQUE DU CATHÉTÉRISME DE L'URÈTHRE (1).

Le Pr Guyon donne dans cette leçon des conseils très pratiques sur le cathétérisme de l'urèthre qu'il définit : une opération ayant pour but de conduire à travers l'urèthre un instrument de forme et de consistance appropriés que l'on veut faire pénétrer dans la vessie.

Cette traversée, courte et simple chez la femme, est complexe et longue chez l'homme : c'est surtout pour pratiquer le cathétérisme chez ce dernier qu'il importe de se conformer à certains principes.

Le cathétérisme doit se faire comme un toucher ; or, lorsqu'on introduit un doigt dans un conduit quelconque, c'est avec la pulpe que l'on reconnaît les différentes parties que l'on veut examiner. De même, lorsqu'on fait le cathétérisme, c'est avec l'extrémité de l'instrument, quelle que soit d'ailleurs la forme de cet instrument, que l'on reconnaît la voie à parcourir. De telle sorte que, si l'on veut convenablement opérer, il faut recueillir attentivement toutes les sensations que donne l'extrémité de l'instrument dans le voyage qu'elle accomplit.

D'autre part, il faut s'attacher à savoir quelles sont les régions de l'urèthre avec lesquelles on se trouve en contact. Ceci a une importance majeure. Lorsqu'on passe de l'urèthre antérieur dans l'urèthre profond, l'opérateur a toujours une sensation de résistance ; le malade éprouve toujours un sentiment presque douloureux, en tout cas beaucoup plus vif que dans tout autre moment du cathétérisme. Un autre moyen, c'est la palpation. On n'a qu'à toucher l'urèthre dans toute son étendue et l'on reconnaît bientôt l'extrémité de l'instrument.

Enfin il faut faire le cathétérisme avec les deux mains ; le rôle de la main droite est de conduire l'instrument et d'agir par propulsion sur cet instrument ; la main gauche vient à son secours en préparant la voie par la façon dont elle agit sur la verge, par la manière dont elle dispose l'urèthre. Il faut que la main droite puisse toujours n'agir qu'au minimum, qu'elle ne développe aucune espèce de force. C'est le rôle de la main gauche de le lui permettre.

Voyons maintenant comment on doit faire le cathétérisme au moyen des divers instruments qui servent à cette manœuvre. Lorsqu'on se sert d'un instrument *souple*, cet instrument est conduit par les parois de l'urèthre, surtout par la paroi inférieure, bien plus que par la main : or la paroi inférieure étant distensible et dépressible, elle peut se plisser devant l'extrémité de l'instrument et lui faire obstacle en la coiffant. Aussi faut-il glisser sur elle, sans appuyer : pour cela, la main gauche cherche à diminuer la dépressibilité de la paroi inférieure, en tirant sur la verge, en l'amenant vers la paroi abdominale dans la direction de l'ombilic. Il faut simuler grossièrement l'érection qui est la position où la paroi inférieure est le plus tendue.

Lorsqu'on se sert d'instrument rigide, ce n'est plus le canal qui va maintenant conduire l'instrument, c'est la main ou plutôt ce sont les deux mains. On peut alors diviser le cathétérisme en plusieurs temps : le premier a pour but de parcourir tout l'uréthre antérieur ; le second, d'entrer dans l'uréthre postérieur ; le troisième de parcourir cet uréthre postérieur. La manœuvre diffère suivant qu'on se sert d'instruments coudés ou d'instruments courbes.

Avec un instrument coudé, il faut le présenter à l'urèthre suivant son axe transversal : on augmente ainsi la tension de la paroi inférieure. L'instrument est donc dirigé perpendiculairement au pli de l'aine et on le fait glisser jusqu'à ce qu'il arrive au fond de la portion membraneuse. On est arrêté à ce moment, mais il faut se garder de faire un effort. Avec la main gauche on augmente la tension de la verge et on la couche davantage sur l'abdomen. L'instrument, seulement soutenu par la main droite, mais que la main gauche dirige par l'intermédiaire de la verge, se présente à la portion membraneuse et la plupart du temps y pénètre de lui-même. Le premier temps s'achève par une sensation de pénétration et cette sensation a pour résultat de permettre d'abaisser le pavillon de la sonde ou de le voir s'abaisser de lui-même. Le second temps est déjà accompli.

Il faut maintenant compléter la pénétration de l'instrument qui n'a plus qu'une courte étape à parcourir pour être dans la vessie. C'est encore la main gauche qui facilitera la pénétration et peut même la compléter par une manœuvre qui consiste à placer la main à plat au devant du pubis et à abaisser jusqu'au-dessous de l'arcade la racine de la verge. Ce troisième temps du cathétérisme peut être très facile ou vraiment difficile, suivant les sujets. Lorsque la prostate est normale, le deuxième et le troisième temps se confondent. Lorsque la prostate est déformée et amplifiée, on se trouve en présence de plus grandes difficultés ; il est donc fort important de nettement séparer ce troisième temps du deuxième.

Il n'en est pas de même lorsqu'on se sert d'un instrument courbe ; la manœuvre est plus simple ; la difficulté est de pénétrer dans la portion membraneuse surtout quand on se sert d'instruments à grandes courbures. On place d'abord le cathéter parallèlement au pli de l'aine pour commencer ; puis, lorsqu'on a ainsi chaussé l'instrument sur l'urèthre à une certaine profondeur, on le ramène sur la ligne médiane, en tendant la verge sur l'instrument ou en faisant agir la main gauche. La direction que l'on donne à l'instrument ne dépend pas seulement de sa forme, mais aussi de l'action de la main gauche. Si l'on ne tend pas fortement la verge contre la paroi abdominale et si l'on ne réduit pas les efforts de la main droite au minimum, on n'obtient aucun résultat ou on blesse plus ou moins l'urèthre ; on peut même faire fausse route.

C'est donc la main gauche qui prépare l'entrée de l'instrument dans la portion membraneuse et qui supprime bien des dangers. On ne peut jamais faire de mal à un malade en lui tendant la verge, ni en l'abaissant fortement, tandis qu'on pourrait le blesser cruellement si on voulait d'autorité passer avec la main droite.

(1) *Bulletin médical*, 18 déc. 1889.

Donc dans le cathétérisme, on peut user de la force, mais avec la main gauche seulement et jamais en se servant de la main qui tient l'instrument.

II. — Des lipomes transformés ou dégénérés.

Notre distingué confrère le Dr Lardier (de Rambervillers) ne se contente pas d'être toujours un des premiers sur la brèche pour la défense de nos intérêts professionnels : il met volontiers la main à la plume pour publier les faits intéressants de sa pratique. C'est ainsi qu'il vient d'insister, en s'appuyant sur deux observations personnelles, sur la transformation possible du lipome en carcinome et en épithéliome. Pour que ce travail de nouvelle prolifération s'effectue, il faut que la tumeur primitive ait subi des modifications importantes. Outre le traumatisme, il y a une autre influence qui décide de la marche en avant des éléments carcinomateux ou sarcomateux restés pendant des années en quelque sorte à l'état latent : cette influence, c'est le contact de l'air extérieur. C'est en effet au moment où le lipome est excorié, rompu, que l'on assiste à la prolifération de la tumeur nouvelle.

Aussi, d'après M. Lardier, tout lipome, quel qu'il soit, quel que soit son siège, doit-il être extirpé le plus tôt possible, sans attendre que son développement cause une véritable gêne. D'autre part il faut considérer les lipomateux comme des arthritiques et les soumettre à la diététique de l'arthritisme. Il faut se préoccuper chez eux de ménager les forces et la résistance vitale et se dire qu'ils sont plus prédisposés que bien d'autres à la production du cancer, surtout à la suite de spoliations organiques prolongées, quelle que soit d'ailleurs la cause morale ou physique de la diminution de la résistance constitutionnelle.

III. — Du cathétérisme rétrograde (1).

Le Dr Delefosse rapporte en détail une très intéressante observation d'un homme chez lequel il fut obligé de pratiquer d'abord l'uréthrotomie externe pour deux rétrécissements de l'urèthre, puis, en raison de l'impossibilité absolue de rencontrer le bout postérieur de l'uréthre, il fit, séance tenante, la taille hypogastrique qui lui permit de pratiquer le cathétérisme rétrograde avec une sonde courbe en gomme à bout olivaire n° 16. Quinze jours après l'opération, le malade était dans un état général de santé excellent, et, trois mois après, il était complétement remis, urinait très facilement et pouvait entreprendre un voyage.

M. Delefosse insiste sur quelques points de la technique opératoire de la taille hypogastrique qui est l'opération préliminaire du cathétérisme rétrograde :

1° *Direction de l'incision sus-pubienne.* — C'est l'incision verticale ordinaire qui semble donner les meilleurs résultats ; il est inutile de recourir aux incisions horizontales conseillées par Duplay, Cauchois, Eingebrodt (de Berne) ; sans doute elles ont l'avantage d'éviter plus sûrement la blessure du péritoine, mais ne permettent pas toujours d'atteindre sûrement la vessie.

Lorsque la vessie contient de l'urine, Péan conseille avec raison d'évacuer d'abord cette dernière par la ponction et l'aspiration avant l'ouverture de la vessie.

2° *Recherche du col vésical et introduction du cathéter.* — La recherche du col avec l'index est généralement facile à l'aide du doigt malgré l'avis opposé émis par quelques chirurgiens.

On peut introduire dans le col un cathéter métallique à grande courbure, dont le bec suit prudemment la face postérieure de la symphyse pubienne ; mieux vaut, si l'on pense n'avoir à parcourir qu'un canal libre, introduire une sonde coupée, aux deux bouts comme dans l'uréthrotomie interne. Si le canal est obstrué, la bougie en gomme à bout olivaire, contenant une lame de plomb près du bec, offre une résistance suffisante pour servir de conducteur au bistouri, même quand il y a un tissu inodulaire assez sérieux à couper, cette bougie a tous les avantages du cathéter métallique sans en avoir la rigidité.

3° *Placement de la sonde.* — Une sonde en gomme à bout coupé n° 16 est introduite par le col vésical jusque dans la plaie périnéale ; une autre, de même espèce va du méat à cette même plaie périnéale. On fait parcourir l'une des deux sondes par une longue bougie conductrice ; puis, quand cette dernière a parcouru aussi la deuxième, il suffit de pousser l'une ou l'autre des sondes ; celle qui doit rester chasse l'autre, tout en étant dirigée par la bougie conductrice. Péan emploie comme conducteur un long mandrin de baleine.

Defontaine a perfectionné un procédé ingénieux : il consiste à introduire un long tube en caoutchouc allant de l'hypogastre au méat : la portion de ce tube qui séjourne dans la cavité vésicale est percée de nombreux trous faits au thermo-cautère. Comme le drainage par l'hypogastre est utile, malgré la sonde à demeure uréthrale, ce dernier procédé a l'avantage d'éviter le bouchage des sondes.

Quand doit-on avoir recours à la taille hypogastrique suivie du cathétérisme rétrograde ? Dans les cas de rétrécissements infranchissables, cette méthode doit devenir une opération de choix et non de nécessité, après avoir fait toujours, au préalable, l'uréthrotomie externe ; elle doit être moins employée dans les cas de rupture récente de l'uréthre et plus rarement encore lorsqu'on se trouve en présence d'une hypertrophie prostatique ou d'une fausse route occasionnant la rétention d'urine.

Il est toujours préférable de faire dans la même séance l'uréthrotomie externe et le cathétérisme rétrograde.

IV. — Traitement du prolapsus rectal.

Une communication de M. Nélaton à la Société de chirurgie a été le point de départ d'une discussion très détaillée sur la thérapeutique du prolapsus du rectum. D'après ce qu'a observé M. Nélaton, lorsqu'il existe un prolapsus, de quelque longueur qu'il soit, au niveau de l'anus, il y a en même temps dans la cavité abdominale une longue portion de gros intestin mobile et flottant. Cette portion d'intestin mobile est toute prête à s'invaginer et à reproduire le prolapsus lorsqu'on a opéré par excision la partie saillante à l'extérieur. Aussi, pour se mettre à l'abri des récidives, lorsqu'on opère par excision un prolapsus du rectum, on ne doit pas se borner à retrancher la portion d'intestin prolabée, mais ouvrir le cul-de-sa

(1) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1889.

péritonéal, saisir l'extrémité inférieure du gros intestin, attirer à l'extérieur toute la portion de cet intestin qui est mobile dans l'abdomen et suturer à la marge de l'anus son extrémité supérieure. M. Nélaton reconnaît qu'une semblable intervention présente une gravité beaucoup plus grande que l'excision simple et pense qu'en pareil cas, la colopexie, proposée par M. Jeannel et adoptée par M. Verneuil, mérite probablement d'être préférée.

M. Verneuil pense que dans la pathogénie du prolapsus complet, il faut surtout tenir compte de deux facteurs : l'un, la perte des moyens de fixité supérieurs et l'autre la perte des moyens de contention inférieurs. Si le premier de ces facteurs n'existe pas, il est évident qu'en agissant sur le périnée et l'extrémité inférieure du rectum, il est possible de guérir un prolapsus ; mais, dans le cas contraire, cette opération ne réussira pas, et encore moins la simple excision du prolapsus ; c'est à une méthode opératoire plus compliquée qu'il faut avoir recours et que M. Verneuil décrit longuement sous le nom de *rectopexie postérieure*.

M. Routier a eu à soigner un homme de 25 ans porteur d'un prolapsus induré, mesurant une vingtaine de centimètres de longueur. La réduction donnant lieu à des accidents assez sérieux, M. Routier l'a traité par des cautérisations longitudinales au thermo-cautère ; il fit une dizaine de séances dans l'espace de trois à quatre mois. Ce traitement, joint à l'usage des douches froides, a amené une guérison qui ne s'était pas démentie au bout de deux mois. M. Le Dentu estime que ces cautérisations, associées ou non aux injections d'ergotine, peuvent réussir dans les cas de prolapsus d'un volume peu prononcé, mais qu'elles échoueront toujours lorsque la tumeur est volumineuse : l'intervention chirurgicale s'impose alors.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Des obligations militaires des médecins civils,

Par M. le Dr Henry Munier, médecin-major au 8e bataillon de chasseurs à pied (1).

Messieurs,

Puisque vous avez bien voulu ouvrir vos portes aux médecins militaires, vous permettrez à l'un d'eux d'examiner devant vous quelle est la situation faite aux médecins civils vis-à-vis de l'armée.

Je dois dire tout d'abord que la distinction entre médecins militaires et médecins civils est une distinction du temps de paix. Au jour de la mobilisation, vous serez tous, de près ou de loin, attachés au service de l'armée. C'est même une particularité spéciale à la profession médicale, et toute à son honneur. Les autres citoyens, après avoir accompli les vingt-cinq années pendant lesquelles ils doivent se tenir à la disposition du pays, sont rayés des cadres et dégagés de toute obligation militaire. Vous, médecins, vous prolongez vos services, et, si à l'âge de 45 ans vous êtes rayés de la réserve de l'armée territoriale, vous ne vous croyez pas quittes envers la patrie ; vous vous engagez volontairement dans les Associations de la Croix-Rouge, destinées à venir en aide aux formations sanitaires actives. De sorte qu'on peut dire que, seuls parmi les citoyens français, les médecins continuent à rendre des services militaires au pays au delà de l'âge fixé par la loi.

I. — Examinons d'abord la situation militaire des *Etudiants en médecine*. La récente loi militaire du 16 juillet 1889 leur a fait des conditions nouvelles. D'abord elle a supprimé l'engagement conditionnel, le volontariat d'un an, qui était un débouché pour nombre d'étudiants. Ensuite elle a posé le principe du service personnel et obligatoire pour tous, sans aucun sursis ni congé pour continuation d'études. Il s'en suit qu'à l'âge de 20 ans, tous les étudiants en médecine qui ne présentent pas d'incapacité physique sont incorporés dans un régiment de l'armée. Ceci est la loi absolue et égale pour tous ; nous allons voir qu'afin de ne pas entraver absolument les études médicales, cette loi a admis un tempérament pour les étudiants d'une certaine catégorie, et qu'elle leur permet de bénéficier d'une dispense.

Il y a deux sortes d'étudiants en médecine : les candidats à l'officiat de santé et les candidats au doctorat. Disons tout d'abord que les étudiants pour l'officiat ne sont l'objet d'aucune dispense comme étudiants. Ils ne peuvent jouir que des dispenses communes à tous les jeunes gens appelés : aîné d'orphelins, fils unique de femme veuve, frère sous les drapeaux, etc., sinon, ils doivent leurs trois années d'armée active sans réduction. Nous verrons plus loin de quelle manière on les utilise quand ils ont obtenu le diplôme d'officier de santé.

Il n'en est pas de même des étudiants pour le doctorat. Ils sont l'objet de l'art. 23 de la loi, ainsi conçu ; *Art.* 23. En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de *docteur en médecine*, ou le titre *d'interne des hôpitaux*, nommé au concours, dans une ville où il existe une Faculté de médecine.

Par suite, les étudiants pour le doctorat font une année de service actif, après quoi ils sont renvoyés dans leurs foyers pour continuer leurs études. Ils se trouvent donc tous dans la situation des anciens volontaires d'un an.

Il est permis de se demander quelle influence ces dispositions nouvelles pourront avoir sur la marche des études médicales. Il se présentera deux cas : ou le jeune homme aura déjà commencé sa médecine avant de tirer au sort, ou il n'aura encore aucune inscription.

Il est facile de voir combien la première situation est plus favorable. Si le jeune étudiant a commencé sa médecine, il aura, selon toute vraisemblance, achevé sa première année, car il est difficile de s'inscrire à la Faculté avant 19 ans. Cette année, consacrée à la physique, à la chimie et à l'histoire naturelle, est comme la suite des études classiques, et se trouve facilitée par les réminiscences encore fraîches du collège. L'étudiant passera sans peine son premier examen de

(1) Ce travail a été lu à la Société médicale d'Amiens, dans sa séance du 6 novembre 1889. Nous croyons bien faire en l'empruntant à la *Gazette médicale de Picardie*. Il expose d'une façon très nette la situation des médecins civils en cas de mobilisation. En y joignant quelques commentaires, nous donnerons toute satisfaction aux nombreux correspondants du *Concours* qui demandent à être éclairés.

doctorat ; après quoi, il fera son année de service militaire, et cette interruption d'un an ne l'aura pas radicalement gêné pour reprendre ensuite la partie vraiment médicale de ses études.

Quant au jeune homme sans aucune inscription, versé dans un régiment au sortir du collège, il lui sera certainement difficile de se remettre aux études accessoires qui font l'objet du premier examen de doctorat, et qu'il aura oubliées pendant son année de service.

Je conseille donc vivement aux futurs étudiants de terminer leur première année de médecine avant de satisfaire à la loi militaire.

Une autre porte est laissée ouverte aux étudiants en médecine : c'est celle de *l'engagement*. Cette question vient d'être réglée tout récemment par un décret du 23 septembre dernier. Un étudiant peut s'engager à partir de l'âge de 18 ans. L'engagement est de 3, 4 ou 5 ans. Mais, chose absolument nouvelle, tout en s'engageant pour ce laps de temps, l'étudiant peut revendiquer le privilège de ne passer qu'un an sous les drapeaux. Il retombe par suite dans la situation qui lui eût été faite au tirage au sort. Mais on voit immédiatement les avantages considérables procurés par l'engagement ; d'abord la faculté de partir à 18 ans et d'être libéré de tout service militaire à 19 ans ; ensuite le droit pour l'engagé de choisir le corps où il servira, la ville où il sera en garnison, ce qui peut être très important au point de vue de la continuation des études ; enfin la possibilité de choisir l'époque de l'entrée au service, car les engagements sont acceptés chaque année du 1er au 31 mars et du 1er octobre au 31 décembre.

J'ajoute qu'on ne peut s'engager que dans les corps combattants : infanterie, artillerie, cavalerie ; sous aucun prétexte les engagements ne sont acceptés pour les sections d'infirmiers.

Quand l'étudiant a fait son année de service actif, il est envoyé en disponibilité dans ses foyers ; mais il doit justifier chaque année auprès de l'autorité militaire qu'il suit régulièrement ses études. Nous ne savons pas encore dans quelle forme se fera cette justification ; un règlement d'administration publique doit paraître à ce sujet.

Les jeunes gens ainsi renvoyés dans leurs foyers sont à la disposition du Ministre de la Guerre; néanmoins ils peuvent se marier sans son autorisation. En fait d'obligations militaires, ils sont rappelés pendant quatre semaines dans le cours de l'année qui précède leur passage dans la réserve : ils auront donc accompli en fait 13 mois de service actif en 3 ans.

Une disposition capitale de la loi, et qui doit attirer toute l'attention, est la suivante : si l'étudiant n'a pas obtenu *avant l'âge de 26 ans* le diplôme de docteur, il est repris par l'autorité militaire et tenu d'accomplir les deux années de service dont il avait été dispensé.

Il en est de même si, pendant son année de service, sa conduite et son instruction militaire n'ont pas satisfait aux conditions déterminées par le Ministre.

Enfin les étudiants ainsi dispensés sont assujettis à la taxe militaire établie par la loi du 16 juillet.

II. — En cas de mobilisation, dit la loi, les étudiants en médecine sont versés dans le service de santé. A quel titre ? dans quelles conditions ? pour y remplir quelles fonctions ?

1° En premier lieu, tous les étudiants pour l'officiat, les étudiants de 1re, 2e et 3e années pour le doctorat ne sont pas considérés comme possédant des connaissances suffisantes pour endosser une responsabilité médicale. Ils seront employés en qualité *d'infirmiers*. Ce seront des ressources précieuses pour le service de santé, qui y trouvera d'excellents infirmiers de visite.

2° Les officiers de santé pourvus de leur diplôme, les étudiants en médecine de 4e année, possesseurs de 12 inscriptions valables pour le doctorat, seront employés en qualité de *médecins auxiliaires*.

(*A suivre.*)

Vœu relatif à une modification aux Statuts de la Caisse des Pensions Viagères.

La Société de Prévoyance et de Secours Mutuels des Médecins des Alpes-Maritimes réunie en assemblée générale, le 28 avril dernier, à Nice, a adopté à l'unanimité des membres présents, et sur la proposition de M. le docteur J. Jeannel, le vœu suivant :

« A l'avenir, les pensions viagères seront attribuées :

« 1° Aux médecins infirmes ou malades présentés par les Sociétés locales, selon l'article 2 du règlement de la Caisse des Pensions viagères d'assistance, en date du 21 avril 1873 ;

« 2° Aux médecins les plus âgés, membres de l'Association depuis plus de quinze ans. »

Ce second paragraphe du vœu introduit dans une certaine mesure le droit acquis par l'âge pour l'allocation des pensions viagères, qui prendraient alors le caractère de véritables pensions de retraite.

Nous n'ignorons pas les objections faites au vœu, souvent formulé, que nous renouvelons aujourd'hui et qui se résume en deux mots : le droit acquis par l'âge à la pension de retraite.

De grand cœur nous rendons hommage à l'infatigable dévouement de notre trésorier, nous proclamons que l'Association générale des Médecins de France lui doit sa prospérité financière.

Si nous osons soulever encore une question qu'il déclarait dangereuse dans le sein de notre Assemblée générale, le 18 avril 1887, c'est que nous croyons apporter aujourd'hui des arguments nouveaux et des faits démonstratifs capables de vaincre ses hésitations et les vôtres.

I. — Remarquons tout d'abord que les pensions viagères d'assistance, selon le règlement spécial du 21 avril 1873, sont évidemment transitoires, car elles ne répondent pas à la pensée des promoteurs de notre institution ; elles ne répondent pas aux statuts primitifs de l'Association générale, en date du 21 août 1858, portant la fondation future d'une *caisse de retraites*, c'est-à-dire d'une caisse fournissant un service de pensions acquises de droit aux plus âgés.

Quoi qu'il en soit, voici nos arguments nouveaux :

Les pensions viagères d'assistance rendent assurément de très grands services ; les contempteurs les plus chagrins de notre magnifique Association ne peuvent vraiment pas le contester ; l'ingénieux mécanisme de nos caisses locales, de notre caisse centrale et de nos secours temporaires, démontre l'excellence de l'institution qui nous réunit. Pourtant, le mieux n'est pas toujours

l'ennemi du bien et nous sommes obligés de reconnaître que la contemplation du bien réalisé ne satisfait pas entièrement aux aspirations du corps médical. Les progrès numériques de notre Association ne sont en rapport ni avec la prospérité de ses finances, ni avec l'importance des secours qu'elle distribue, encore moins avec ce sentiment de cordiale et généreuse confraternité dont notre cher président et notre Conseil d'administration donnent au corps médical le précepte et l'exemple.

L'annuaire de 1887 énumère 8,166 membres, en augmentation seulement de 82 sur le chiffre de 1886. La moitié du corps médical reste donc indifférente à notre œuvre et se montre sourde à nos appels.

Aussi nous voyons naître, dans ce même corps médical, des institutions qui ont précisément pour but la création de caisses de retraites. Qui de nous n'a pas reçu leurs propositions, leurs prospectus ? Et n'est-il pas même quelques-uns de nos amis qui y ont répondu ? N'est-il pas évident que l'agitation en faveur de ces institutions nuit aux progrès de notre grande Association qu'elles prétendent insuffisante et dont elles se disent complémentaires. Ces faits affligeants s'expliquent aisément (1). Les statuts de notre Caisse de pensions viagères d'assistance prescrivent une demande adressée par nos sociétaires accablés par l'âge et les infirmités, et une minutieuse enquête sur la réalité de leur misère ; ils doivent s'avouer vaincus dans le combat de la vie. La ressource promise à la prévoyance de nos jeunes confrères, appelés à nous recruter, c'est l'aumône ; l'aumône aux vieillards après un pénible aveu d'indigence.

II. — La création des vraies pensions de retraites aboutirait-elle à des impossibilités financières ? Nous ne le pensons pas. Nous faisons observer d'abord que près de la moitié des pensions viagères d'assistance, actuellement servies, sont allouées à des confrères qui les auraient obtenues naturellement par le bénéfice de l'âge, ensuite nous disons que nul mécompte n'est à redouter, puisque jamais nos pensions de retraites, pas plus que les pensions viagères d'assistance, ne seraient allouées qu'après la formation du capital inaliénable, dont le revenu en assurerait le paiement.

Nous croyons fermement que pour la foule des praticiens qui vivent honorablement et péniblement du labeur quotidien, presque toujours récompensé par l'ingratitude publique, une pension de 600 francs, dont la quotité s'accroîtrait peu à peu, en proportion de la prospérité de notre œuvre, arriverait souvent fort à propos à l'âge où les produits de la clientèle diminuent en même temps que les forces et l'activité physiques.

(1) L'honorable M. Jeannel voudrait-il bien nous dire pourquoi il s'afflige de voir des institutions telles que la Caisse de retraites des médecins Français s'établir pour venir combler ces lacunes ? Les organisateurs de cette caisse n'ont-ils pas offert à l'Association générale de la patronner ? M. Jeannel croit-il que l'Association générale avec notre cotisation de 12 fr. puisse jamais fournir des pensions à tous ses membres à un certain âge ? S'il le pensait, il serait un bien médiocre calculateur. Qu'il étudie la Caisse des pensions de retraite et il verra que pour un étudiant de 20 ans, qui désire la pension de 1.200 fr. à 60 ans, il faut verser 45 fr. par an. A. C.

On pourrait, d'ailleurs, élever de cinq francs le taux des cotisations annuelles et la rétribution d'admission graduellement, selon l'âge des nouveaux sociétaires. A partir de l'âge de trente ans, par exemple, le droit d'admission porté à vingt francs, ce droit augmenterait ensuite de 1 franc par année d'âge au-dessus de trente ans, jusqu'à soixante ans.

Les maladies ou les infirmités incurables qui viennent interrompre la laborieuse carrière du médecin seraient toujours les premiers titres à l'allocation des pensions, mais, après toutes les demandes accueillies, nous voudrions le droit simplement acquis par l'âge, le droit à la vraie pension de retraite ; et non pas à un âge déterminé, veuillez bien le remarquer. Ce que nous désirons, c'est que la pension ou les pensions dont le capital inaliénable est formé, et qui resteraient vacantes après l'allocation de toutes les *pensions viagères d'assistance* demandées pour malades ou infirmes incurables, fussent offertes comme pensions viagères de retraite aux sociétaires les plus âgés, membres de l'Association depuis plus de quinze ans.

IV. Un exemple, que nous croyons démonstratif, nous est donné par l'Association de Prévoyance et de secours mutuels des Pharmaciens de la Gironde.

Cette Association a été fondée en 1864, à l'exemple de l'Association des Médecins ; elle comprend une *caisse de pensions viagères de retraites*. La quotité de ces pensions est de 500 francs. Voici le texte même de son règlement :

« La constitution de ces pensions est rigoureu-
« sement subordonnée à la formation préalable du
« capital inaliénable dont le revenu doit les payer.

« Le montant des pensions sera formé, savoir :
« 150 francs (décuple de la cotisation annuelle)
« par les fonds de retraite placés à la Caisse des
« Dépôts et Consignations, payables par trimes-
« tres échus, conformément à l'article 13 de la loi
« du 12 août 1876, et 350 francs par le fonds de ré-
« serve.

« Le capital des pensions est formé :

« 1° D'un prélèvement de dix francs sur la coti-
« sation annuelle qui est de quinze francs ;

« 2° D'une somme votée chaque année, s'il y a
« lieu, en Assemblée générale, sur la proposition
« du bureau, après l'exposé de la situation finan-
« cière ;

« 3° De dons et legs spécialement affectés à la
« caisse de retraites ;

« 4° Enfin des droits d'admission.

« Aussitôt que la Société aura formé pour le
« service des pensions un capital produisant 500
« francs d'intérêt annuel, une pension sera of-
« ferte, par le président, au sociétaire le plus âgé,
« membre de la Société depuis plus de quinze
« ans. »

Quels ont été les résultats pratiques de ce règlement ? En mai 1889, l'Association avait constitué et elle payait six pensions de retraite à six sociétaires, dont le plus âgé a quatre-vingt sept ans et le moins âgé soixante-quinze ans.

En 1887, l'Association en question comptait 162 membres, elle fournit donc la proportion de 37 pensions pour 1,000 sociétaires. Elle est donc en situation sensiblement meilleure que l'Association des Médecins de France quant à la proportion des pensions constituées.

Nous avons 85 pensionnés à 600 francs, ce qui

équivaut à 102 pensionnés à 500 francs. Or, comme l'Association générale compte 8,266 membres, la proportion des pensions (réduites par hypothèse à 500 francs) n'est que 12,4 pour 1,000 sociétaires.

L'Association départementale dont il s'agit, fondée depuis 1864, c'est-à-dire depuis vingt-cinq ans, a donc réalisé, au point de vue des pensions, un résultat trois fois meilleur que nous, bien que notre Association soit fondée depuis 1858, c'est-à-dire depuis trente et un ans.

Nous nous empressons de constater qu'au point de vue des secours temporaires, annuellement votés, l'avantage revient à l'Association générale des Médecins.

Si l'Association générale distribue une bonne partie de ses revenus en secours, elle ne peut accroitre rapidement le nombre de ses pensions. Elle ne le pourrait que si, au lieu de pensions de capital, elle établissait un certain nombre de pensions de revenus. — En un mot rien à faire, si on n'avait pas la cotisation annuelle.

Voici nos conclusions :

1° L'organisation actuelle de notre caisse de pensions viagères d'assistance ne répond pas à la pensée des premiers promoteurs de l'Association générale, puisque les statuts, en date du 31 août 1858, prévoyaient la fondation d'une caisse de retraites.

2° Le nombre à peu près stationnaire de nos sociétaires porte à croire que malgré les très grands services qu'elle rend, notre Association ne satisfait pas entièrement aux aspirations du corps médical ;

3° Les efforts qui ont été tentés depuis quelques années pour fonder, parmi les médecins, des caisses de pensions de retraites, indiquent la voie dans laquelle l'Association générale devrait s'engager ;

4° La création des vraies pensions de retraites comportant le droit acquis par l'âge ne nous menacerait d'aucun mécompte, puisque les pensions ne seraient jamais allouées aux sociétaires les plus âgés qu'après la formation du capital inaliénable dont le revenu devrait en assurer le paiement ;

5° Les maladies ou les infirmités incurables seraient toujours les premiers titres à l'allocation des pensions, le droit acquis par l'âge ne serait pris en considération qu'en seconde ligne ;

6° L'exemple de l'Association des Pharmaciens de la Gironde démontre péremptoirement la possibilité d'admettre le droit acquis par l'âge aux pensions de retraites.

Dr J. JEANNEL.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Aisne et Vesle.

DE L'ASSURANCE MUTUELLE EN CAS DE MALADIE TEMPORAIRE.

Enfin cette question d'assurances-maladies est posée devant tout le corps médical !

Je commence tout d'abord par mettre de côté l'assurance Lagoguey, qui garantit l'indemnité même en cas de maladie incurable, ce qui équivaut alors à une retraite; en effet, en recevant 120 fr. par an de chaque sociétaire, la Société peut être appelée à donner 3,650 fr. (soit 10 fr. par jour) à tous ses infirmes permanents. Cela serait trop beau.

Mais cette association ne peut pas être pratique, car ses principes sont en contradiction formelle avec les données *certaines* de l'association médicale anglaise et de toutes les associations ordinaires contre la maladie ou les accidents. A part la société Lagoguey, il n'existe en France qu'une seule société qui donne l'indemnité maladie à ses membres : c'est la société des membres du syndicat médical d'Aisne-et-Vesle.

Elle fonctionne bien, quoique modestement, parce que ses principes sont d'accord avec la statistique.

La caisse est prospère et je crois qu'elle peut servir de modèle aux sociétés d'assurances-maladies, qui certainement se formeront bientôt.

§

Toutes les délibérations du Syndicat ont été publiées dans le *Concours médical* et dans le *Bulletin de l'Union des Syndicats* ; malgré cela, surtout depuis l'Assemblée générale du 20 octobre, je reçois de nombreuses lettres de la Somme, du Lot, de la Vendée, de la Loire-Inférieure, de la Seine-Inférieure, du Var, etc., me demandant des renseignements.

Dans ces conditions, je crois qu'il est bon de faire l'historique de notre caisse d'assurances et d'expliquer son fonctionnement en paraphrasant chaque article de notre règlement.

C'est à la séance du 7 avril 1887 que le président du Syndicat, mon ami le Dr Ancelet (de Vailly) mit cette question à l'ordre du jour.

Dans un travail très bien fait, il passe en revue l'assurance anglaise, qui fonctionne du reste parfaitement, et l'assurance Lagoguey, et il pose les cinq conclusions suivantes, sans lesquelles, à son avis, la caisse ne peut fonctionner :

1° Faire disparaître toutes les catégories d'âge, etc., en exigeant seulement la solidité parfaite à l'entrée dans la société ;

2° Fixer l'indemnité journalière à 10 fr. ;

3° Limiter à trois mois la durée de l'incapacité du travail rémunéré ;

4° Laisser en dehors de l'assurance les cas qui n'entraînent pas une incapacité de travail de plus de 15 jours, cette incapacité n'atteignant pas d'une façon sérieuse la situation ;

5° Ne pas demander des cotisations élevées et qui ne donneraient des résultats qu'à longue échéance.

« L'esprit français, disait avec raison notre président, peu familier encore avec le fonctionnement des assurances, se laisse difficilement entraîner ; sceptique par nature, il veut voir, toucher des résultats immédiats ; peu soucieux d'un danger lointain, problématique, il est peu disposé à faire pour y parer de gros sacrifices ; les lui demander, c'est courir à un échec certain. Il faut naître d'abord, faire dès la naissance acte de vie, grandir, se fortifier, produire ensuite à l'âge adulte tout ce que l'on peut produire. »

Le Syndicat adopta unanimement cette manière de voir, fit siens les principes posés par le

Dr Ancelet, et, après trois délibérations très laborieuses, il fit le règlement définitif de la Société.

§

Art. 1er. *Entre les membres du Syndicat qui adhéreront aux présents statuts, il est établi une caisse d'assistance mutuelle ayant pour but d'accorder une indemnité à ses membres atteints de maladies ou de blessures accidentelles les obligeant à cesser temporairement leurs fonctions.*

Nous avons voulu limiter aux seuls membres du Syndicat l'extension de notre caisse. Nous nous connaissons tous, nous pouvons donc contrôler nos confrères malades (et du moment qu'il y a finances, il faut contrôle) et les soigner en même temps.

Art. 2. *Pour être admis il faut être valide et accepté par le bureau.*

Il est évident qu'il ne faut être atteint d'aucune maladie aiguë ou chronique au moment où l'on contracte une assurance-maladies. Le bureau a toute qualité pour constater la validité.

Art. 3. *On n'a droit à l'indemnité quotidienne que six mois après que l'on est rentré dans la société, et la société ne commencera à donner des indemnités qu'après six mois de formation.*

Cet article est très sage. Les membres fondateurs attendent six mois à seule fin de constituer un capital ; il est juste que les nouveaux attendent le même laps de temps afin de jouir des avantages que donne la société.

Art. 4. *L'incapacité temporaire n'excédant pas* QUINZE JOURS *ne donne droit à aucune indemnité.*

A partir de ce moment, l'incapacité de travail donne droit à une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant une durée de 3 mois au plus.

Si la maladie se prolonge plus longtemps, le bureau avisera ; sa décision devra être approuvée par l'assemblée générale.

Nous avons pensé qu'une incapacité de travail de quinze jours n'atteignait pas sensiblement la situation du sociétaire ; c'est pourquoi on ne donne qu'à partir du seizième jour l'indemnité quotidienne de dix francs. Nous avons limité la durée de l'indemnité à trois mois, parce que c'est le laps de temps ordinaire des maladies aiguës ou des accidents : fièvre typhoïde, pleurésie, fractures de jambes, de cuisse, etc. Suivant l'état de la caisse, l'assemblée générale avise si la maladie est plus longue ; c'est, je crois, on ne peut plus prévoyant.

Art. 5. *Le membre malade devra aviser le sociétaire de son état de maladie, et, dès sa guérison, de la reprise de son travail.*

La Société peut déléguer un médecin pour constater l'état de maladie ; si le malade refuse de se laisser visiter, il perd l'indemnité.

Tout commentaire est inutile, mais on peut voir que la société tient au contrôle sérieux de la maladie, seule garantie de succès.

Art. 6. *La caisse est gérée gratuitement par le bureau du Syndicat qui rend ses comptes dans la séance qui suit le 31 mars, fin de l'exercice. Les frais de bureau sont prélevés sur la caisse du Syndicat.*

Cet article est très important. La caisse n'a pas de frais ; or, ce qui ruine toutes les assurances-maladies, ou assurances-accidents, ce sont les frais considérables de bureau, d'inspecteurs, d'agents de toutes sortes, et tout cela au détriment de l'œuvre de mutualité.

Nous avons voulu éviter tout cela.

Art. 7 *Les ressources de la société se composent :*

1° *de dons volontaires ;*

2° *d'une cotisation de 4 fr. par mois payable* D'AVANCE *et par trimestre entre les mains du trésorier qui se charge de faire rentrer les cotisations huit jours après l'échéance aux frais des retardataires et par les soins de l'administration des postes. Si la traite est refusée, le membre est considéré comme démissionnaire et perd ses droits.*

On peut se libérer en un seul versement annuel.

3° *d'un droit d'entrée de 24 fr. payable en deux trimestres en même temps que les cotisations après un an de fonctionnement de la caisse.*

Toute somme versée reste définitivement acquise à la caisse.

La statistique a démontré que la moyenne des jours d'incapacité de travail était de 4 à 5 par an et par sociétaire ; mettons 5 jours.

Nous donnons 10 fr. par jour, soit 50 fr. de frais à prévoir. En limitant à 48 fr., soit 4 fr. par mois, environ 1 fr. par semaine (et quel est le praticien, si modeste qu'il soit, qui ne puisse mettre de côté cette somme), puisque nous n'avons aucun frais, nous sommes dans d'excellentes conditions.

Le droit d'entrée pour les nouveaux membres est très juste et en même temps très faible, puisqu'au fur et à mesure de la durée de la société, ils bénéficient du capital déjà formé.

Art. 8. *Du capital ainsi formé, les 9/10e sont versés à la caisse courante qui s'accroît en outre des reliquats des exercices précédents, s'il y a lieu.*

La caisse n'est responsable que jusqu'à épuisement de la quotité disponible.

S'il y a beaucoup de malades dans la même année, en cas d'insuffisance, elle sera partagée proportionnellement.

Nous avons voulu donner à nos confrères malades le plus possible et cependant constituer un fonds de réserve que nous avons arrêté au 1/10e. La caisse ne donne que la quotité disponible et partage cette quotité dans le cas de membres malades. De la sorte, pas d'aléas.

Art. 9. *Le bureau pourra avancer de l'argent aux malades jusqu'à concurrence de 5 fr. par jour dans le cours de l'année ; le reste leur sera payé à la fin de l'année lors du règlement général des comptes.*

Il peut se trouver des cas intéressants où le médecin malade a besoin de secours immédiat (malheureusement le cas se voit encore). Ces cas relativement rares devaient être prévus.

Art. 10. *Les dons volontaires et le 1/10e du capital annuel constituent le fonds de réserve ; en cas de besoin* URGENT, *le bureau est autorisé à en dépenser le quart, en faveur d'un confrère malade ; il en rendra compte en assemblée générale.*

Conséquence de l'article 9. Il peut se trouver (et le cas s'est vu) une infortune extraordinaire ; nous devions la prévoir.

Art. 11. *Les sommes versées seront placées à*

la caisse d'épargne, les intérêts s'ajouteront aux fonds à distribuer.

C'est toujours le même principe, donner le plus possible.

Art. 12. *L'assurance n'est pas obligatoire pour les membres du Syndicat, mais il est indispensable d'en faire partie pour y avoir droit.*

Nous tenons avant tout à connaître nos confrères syndiqués ; comme cela, le contrôle est facile.

Art. 13. *Les changements dans les présents statuts et la dissolution ne pourront être prononcés que par une assemblée générale extraordinaire aux 3/4 des voix. Chaque membre aura droit aux sommes versées par lui ; le surplus, (s'il y en a) sera versé dans la caisse du Syndicat.*

Art. 14. *La société commencera à fonctionner le 1er octobre 1887 et à partir du 1er avril 1888, les membres fondateurs auront droit à l'indemnité.*

Dr H. Lécuyer,
Secrétaire du Syndicat d'Aisne-et-Vesle, Secrétaire adjoint de l'Union des Syndicats.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Cours d'accouchements. — MM. les Drs Lepage et J. Potocki recommenceront le lundi 27 janvier un cours théorique et pratique d'accouchement. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours à 4 heures 1/2 à l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles ; il sera complet en trente-six leçons et comprendra des exercices sur le mannequin.

—Conformément aux résolutions du IXe Congrès tenu à Washington, le Xe *Congrès médical international* aura lieu à *Berlin* du 4 au 9 août. Le président élu Dr Wirchow, les vice-présidents, Bergman, Lyden, Waldeyer, viennent d'adresser leurs invitations à la presse et aux Sociétés médicales, en leur adressant le programme des sections et de l'exposition internationale des sciences médicales qui sera annexée au Congrès. Ceux de nos lecteurs qui penseraient devoir assister au Congrès doivent écrire au secrétaire Dr Lassar Berlin Karlstr. 19. Prix de la cotisation, 20 Marks.

— Parmi les membres du Concours, nommés officiers d'Académie, nous avons remarqué MM. Barrabé, de Domfront ; Dubar, d'Armentières ; Baurieux, d'Orléans ; Lasalle, de Lormont ; Groussin, de Bellevue ; Leprevost, du Havre ; Vincent, d'Alger ; Chedevergne, de Poitiers ; Weiss, de Cousances-aux-Forges, etc.

—En Allemagne, le nombre des étudiants depuis une vingtaine d'années a doublé. La profession médicale y est encore plus encombrée qu'en France.

— En Angleterre un donateur anonyme a offert deux millions et demi pour la création d'un hôpital de convalescents. Chez nous l'organisation de l'Assistance publique dans les campagnes laissera, quels que soient les sacrifices faits par les communes, un large champ à la bienfaisance pour des fondations analogues et surtout pour les asiles de la vieillesse.

— L'épidémie d'*influenza* paraît ne vouloir épargner aucun département de France. Les médecins sont surmenés et ils payent, par cette raison, un plus grand tribut à la maladie régnante. Le nombre des cas tend à diminuer à Paris, où la population à peu près tout entière a été atteinte. On n'a pas conservé le souvenir d'une épidémie qui ait touché un si grand nombre de personnes. Le caractère de l'affection, sa nature, ne sont pas encore suffisamment dégagés, malgré toutes les discussions auxquelles ils ont déjà donné lieu. Les expérimentateurs sont à la recherche du microbe qu'on a cru un moment avoir trouvé à l'étranger ; mais son existence n'est pas près d'être admise chez nous.

— La *France médicale* vient de passer sous la direction de notre distingué collègue le Dr Chevallereau. La *Gazette Hebdomadaire* s'est doublée d'un second journal d'actualité, le *Mercredi médical*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le docteur Garrigue, de Vrigne-aux-Bois, présenté par M. le docteur Amstein, de Mézières.

M. le docteur Comte de Thézenay (Deux-Sèvres), présenté par M. le docteur Marisa, de Parthenay.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Vient de paraître :

1° *Traité des Excursions photographiques,* par Fleury-Hermagis et Rossignol. Un beau volume in-18 de 500 pages avec 50 figures dans le texte. Prix 6 fr., remise de 20 % pour le Concours médical.

Ce joli volume, attrayant à lire comme un roman, indique : Les avantages de la Photographie pour le Touriste ; la cause des insuccès ; les procédés et appareils du débutant, le meilleur développement ; la retouche des clichés ; la pratique des instantanées, etc., etc., bref c'est un traité magistral et complet.

2° *Gymnastique des écoles, adoptée par le conseil municipal de la ville de Paris, système de l'opposant,* par J.-L. Pichery, un fort volume de 500 pages, avec 30 figures intercalées dans le texte. Prix : 5 fr., indispensable aux médecins qui s'occupent de gymnastique.

3° La sixième livraison des Sciences biologiques contient l'aperçu le plus complet sur les travaux de Pasteur et sur ses doctrines. La génération spontanée et les problèmes qu'elle fait surgir y sont traités à fond. Prix de la livraison 1 fr. 25. L'ouvrage complet de plus de mille pages coûtera 30 fr.

4° La dernière livraison des *Ports du monde entier.* Prix 1 fr. 25, ornée de nombreuses photographies et cartes, contient la description du bassin de la Méditerranée, Trieste, Fiume et Venise.

Adresser les demandes à MM. les éditeurs du Concours médical, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Remise de 20 % sur tous les ouvrages.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Méningite mortelle absolument latente consécutive à un érysipèle de la face (1).

M. *du Cazal* a eu dans son service au Val-de-Grâce un garde de Paris, atteint d'un érysipèle de la face ayant eu pour point de départ une excoriation du nez. L'érysipèle guérit, mais il survint un abcès de l'angle interne de l'œil, qui fut ouvert sans incident. Le lendemain matin, le malade était trouvé mort dans son lit.

L'autopsie révéla une méningite très intense de la base de l'encéphale et il fut facile de constater que la suppuration avait successivement envahi le tissu cellulaire de l'orbite, suivi le nerf optique et pénétré dans les méninges par cette voie. Ce fait a paru intéressant : 1° parce que la terminaison d'un érysipèle *de la face* par méningite est fort rare ; 2° parce qu'il prouve qu'une méningite peut évoluer de la façon la plus insidieuse, ce malade n'ayant eu aucun symptôme méningitique ; 3° enfin, parce qu'on peut suivre, aussi nettement que dans une expérience de laboratoire, les connexions intimes entre la marche du streptocoque de l'érysipèle et l'apparition de la méningite.

M. *Hervieux* soulève la question de savoir si la méningite n'aurait pas plutôt précédé l'érysipèle, les suppurations internes pouvant donner lieu à des érysipèles.

M. *du Cazal* répond que cette interprétation est inadmissible ; on a vu évoluer très nettement et successivement un érysipèle, un phlegmon de l'orbite, et on trouva ensuite la méningite à l'autopsie. L'érysipèle avait été d'une étendue ordinaire, et la température n'avait rien d'excessif.

M. *Richard* fait observer que, dans la méningite cérébro-spinale, les lésions suivent souvent une marche inverse à celle qu'a relevée M. du Cazal dans le cas rapporté par lui.

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris.

Etat stéthoscopique particulier du poumon comme prodrome des complications pulmonaires grippales.

M. *Ferrand* a constaté chez des sujets atteints de la grippe un état particulier du poumon qui lui paraît précéder les complications pulmonaires. C'est une diminution notable du murmure respiratoire qui occupe un ou plusieurs lobes, quelquefois un poumon entier, et qui s'accompagne d'une augmentation de l'intensité des vibrations avec submatité assez nette.

Ces signes font admettre une sorte de congestion ou d'atélectasie du parenchyme pulmonaire qui tantôt se résout et tantôt passe à l'état pneumonique. Ils ont été trouvés pendant trois jours chez une jeune fille qui avait eu, 48 heures auparavant, les signes d'une grippe gastro-intestinale vulgaire et qui ne présentait aucun symptôme de nature à attirer l'attention sur l'appareil respiratoire.

Chez une femme de 84 ans, les mêmes signes de congestion furent observés seuls pendant deux jours, puis survint du même côté une pneumonie mortelle.

De la précipitation des albumines de l'urine par certains corps indifférents.

M. *Boymond* a fait à la Société de thérapeutique deux communications qui compléteront les renseignements d'urologie pratique donnés dans un précédent numéro du *Concours*.

Les urines troublées par les bactéries sont difficiles à filtrer, aussi est-il malaisé d'y reconnaître de faibles quantités d'albumine. M. Boymond s'est servi pour les clarifier du talc lavé à l'acide chlorhydrique, puis à l'eau distillée et desséchée ; cette substance peut être considérée comme indifférente relativement à l'urine acide ou alcaline. L'urine est agitée avec ce talc un certain temps, puis filtrée : elle est alors d'une limpidité parfaite et même en partie décolorée.

M. Boymond, en soumettant à l'action du talc lavé toutes les urines albumineuses, a constaté

que, dans celles qui contiennent à la fois la sérine et la globuline, cette dernière seule est précipitée en totalité. Le sous-nitrate de bismuth au contraire précipite à la fois la sérine et la globuline. L'urine ainsi privée d'albumine peut servir à d'autres recherches : le talc pourra être adjoint au sulfate de magnésie pour la précipitation de la globuline ou même employé seul. Le liquide débarrassé de la globuline et parfaitement limpide sera plus propre à la recherche de la sérine.

L'acide trichloracétique pour la recherche et le dosage de l'albumine.

MM. Marsault, Languepein et Patein ont signalé la présence d'une albumine particulière dans les urines albumineuses coagulables par la chaleur et dont le précipité se redissout dans l'acide acétique. Ces urines sont moins rares qu'on pourrait le supposer, particularité qui pourrait faire conclure à l'absence de l'albumine alors que l'urine en renferme de notables proportions.

Pour éviter cette cause d'erreur, M. Boymond emploie de préférence l'acide trichloracétique préconisé par Raabe ; ce réactif a l'avantage de précipiter l'albumine en question sans modifier les autres albumines, ce que ne font pas les autres réactifs.

On peut l'employer à l'état solide ou liquide : dans le premier cas, un fragment projeté dans l'urine gagne le fond du tube et se dissout en produisant un trouble diffus ou une zone trouble à limites nettes. La solution peut être saturée ou de concentration moyenne. La première est utilisée, selon la méthode de Heller, en la plaçant dans un tube ou dans un verre à expérience, et en versant dessus l'urine à examiner. Il se forme alors l'anneau caractéristique, commun avec l'acide azotique, mais sans production de coloration. La solution moyenne ou faible remplacera l'acide acétique et même l'acide azotique pour la recherche et le dosage.

Pour les urines riches en urates, on évite la cause d'erreur commune à tous les réactifs en diluant l'urine avec de l'eau.

Régime alimentaire des malades atteints d'insuffisance urinaire.

La communication suivante de M. Dujardin-Beaumetz vient à l'appui de ce que nous disons plus loin relativement à l'alimentation des albuminuriques. Suivant l'éminent médecin de l'hôpital Cochin, chaque fois qu'on est appelé à prescrire un régime alimentaire à un malade atteint d'insuffisance urinaire, deux indications s'imposent : 1° empêcher les toxines, poisons d'origine microbienne, de se produire dans le tube digestif.

2° Réduire au minimum les toxines qui peuvent exister dans les aliments.

On répondra à la première indication par l'antisepsie intestinale si bien connue depuis les travaux du professeur Bouchard, et qui peut être pratiquée soit par la voie stomacale, soit par la voie intestinale.

Pour répondre à la seconde indication, on devra n'autoriser que les aliments aussi exempts que possible de matières toxiques. — A ce titre devront être proscrites les viandes avancées, le gibier faisandé ou forcé, les poissons suspects, (en particulier la morue qui dégage une odeur ammoniacale, la moule si fréquemment cause d'accidents, etc.). Même interdiction pour les froma-

FEUILLETON

La vie et les travaux du docteur H. Duboué (de Pau).

Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Une des remarquables figures médicales de notre époque vient de disparaître, emportée dans toute la force de l'âge et la maturité du talent. H. Duboué, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, dont la santé était depuis longtemps altérée, était un de ces travailleurs modestes et consciencieux, acharnés dans la recherche de la vérité, et que rien n'avait pu décourager ni abattre, poursuivant toujours son chemin, en y creusant un profond et lumineux sillon.

Le nombre de ses travaux est grand. Je puis citer, par exemple, différentes publications sur lesquelles je ne m'appesantirai pas, mais toutes fort intéressantes, et marquées au coin de son originalité personnelle. Déjà sa thèse inaugurale, soutenue en 1859, ayant pour titre : *Un Essai sur l'expérimentation thérapeutique*, était le premier jalon qui pouvait faire présager quel serait son champ d'études de prédilection, et sa manière de procéder dans ce genre d'expérimentation.

Il fait successivement paraître en 1861 une étude clinique sur un signe peu connu pouvant servir au diagnostic des *fièvres larvées paludéennes*. En 1862, nouvelles recherches sur le même sujet. En 1865 mémoires sur l'emploi d'un *nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux dans l'opération de la fistule vésico-vaginale* de l'hématocèle utéro-ovarienne. — Note sur deux cas de *hernie étranglée*.— En 1867 : de l'*impaludisme*. En 1869 : Sur un *procédé nouveau de l'opération du phimosis*. En 1872 : De l'*odeur acide de l'haleine comme signe de diabète*. En 1874 : Observation de *grossesse extra-utérine*, gastrotomie, guérison.—*Fistule intestinale au niveau de l'ombilic*.— De *l'action du sulfate de quinine sur l'utérus*.

Arrêtons-nous un instant sur quelques-uns de ses principaux ouvrages : 1° En 1873, il publia ses recherches sur les propriétés thérapeutiques du *seigle ergoté* et sur l'action comparée de divers médicaments et en particulier de la quinine, de l'arsenic, de l'eau froide, du seigle ergoté et de la propylamine.

Il établit ce principe que « les substances douées de la même action physiologique jouissent des mêmes propriétés thérapeutiques, et qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait identité d'action physiologique pour qu'il y ait ressemblance des propriétés thérapeutiques. Il suffit et il faut même, pour que la comparaison ne laisse rien à désirer, qu'il y ait simplement ressemblance d'action physiologique. »

Il fait voir la *quinine*, jouissant d'une propriété excito-motrice et sédative sur les nerfs vaso-moteurs, et révélant sa puissance non seulement dans les fièvres palustres, mais dans les hémorrhagies.

Ce qui l'avait surtout frappé, c'était la ressem-

ges forts, pour toutes les viandes mal cuites.

On prescrira donc de préférence les viandes bien cuites (bœuf à la mode, veau à la gelée, poulet au riz). La cuisson prolongée supprime les dangers de putréfaction, ce qui explique la tolérance des albuminuriques pour le porc rôti qui demande à rester longtemps exposé au feu. De même les jambons jouissent d'une certaine innocuité ; la salaison qu'ils subissent retarde leur fermentation.

Aux malades atteints d'insuffisance urinaire, convient particulièrement le régime végétarien et par là il faut entendre l'alimentation par les œufs, les farineux, les légumes verts et les fruits.

A. Les œufs devront être donnés cuits (omelette, crème, etc.), afin que l'albumine soit saisie par la chaleur.

B. Les féculents, en purée de préférence : pommes de terre, haricots, lentilles, farine lactée, chocolat ; bouillies faites avec des gruaux différents de blé, riz, orge, avoine, maïs ; riz sous toutes les formes, panades, pâtes alimentaires.

C. Légumes frais : épinards, artichauts (auxquels on a attribué des propriétés contre l'albuminurie), salades cuites, fruits cuits.

En outre de tout cela, lait frais ou bouilli, ou bière légère, plus exceptionnellement un vin blanc léger très étendu d'eau, mais pas d'alcool.

En ajoutant au régime quelques laxatifs pour faciliter l'élimination des substances nuisibles, des frictions pour exciter les fonctions de la peau, on parviendra avec beaucoup de patience, lorsque toutefois le rein n'est pas atteint dans sa totalité, à prolonger, parfois même à guérir des malades considérés comme perdus.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment doit-on soigner les albuminuriques ?

Traitement de la peptonurie, de l'albuminurie d'origine gastrique et hépatique. — Pathogénie des néphrites. — Hygiène, alimentation et principales indications thérapeutiques dans les albuminuries rénales.

La nécessité de traiter la question qui était d'actualité, la grippe, m'a empêché de compléter les articles que j'avais consacrés au diagnostic et à la valeur séméiologique des albuminuries par une vue d'ensemble sur la manière de les soigner. J'y reviens aujourd'hui.

Si le lecteur veut bien se reporter aux numéros du *Concours médical* des 23 novembre et 7 décembre 1889, il se rappellera que la thérapeutique de l'albuminurie ne peut avoir pour base qu'un diagnostic pathogénique bien établi et que, pour affirmer l'existence d'une néphrite, il faut avoir écarté par un examen clinique et urologique minutieux les autres maladies générales ou locales capables de produire l'albuminurie.

I

Si la substance albumineuse contenue dans l'urine est la peptone, on passe en revue mentalement toutes les circonstances dans lesquelles la peptonurie peut se rencontrer. La peptone peut exister, nous l'avons dit, dans l'urine en même temps que la globuline et la sérine dans certaines urines albumineuses par lésion rénale ; mais la sérine seule est sous la dépendance de cette lésion ; la globuline et la peptone ne peuvent être rattachées qu'à un certain état des albuminoïdes

---

blance d'action physiologique de la quinine avec l'ergot de seigle.

Le docteur *Monteverdi*, de Crémone, avait le premier démontré, par ses expériences, l'action excitante exercée par la quinine sur l'utérus gravide. Et, dans toutes les affections où la quinine avait paru utile, le savant médecin de Pau a constaté les bons effets du seigle ergoté. Exemple : dans les fièvres palustres, les névralgies, certaines névroses, congestions pulmonaires, hémoptysies, maladies de Graves ou de Basedow.

En passant, il rejette la spécificité du premier des soi-disant spécifiques, la quinine, puisque son efficacité est démontrée dans des affections d'une nature toute différente.

Enfin, après s'être livré à l'étude comparée des propriétés thérapeutiques diverses de l'arsenic, de l'eau froide, du sulfate de quinine et du seigle ergoté, et avoir démontré la parenté des propriétés thérapeutiques de ces corps, il conclut à la parenté probable de leur action physiologique.

En 1881, il fait paraître un volumineux travail où il traite de l'étude comparée du médicament et de la série médicamenteuse, de la série sédative et excito-motrice, et il termine par une étude de physiologie pathologique sur le mal des montagnes.

Dans la première partie on trouve un tableau synoptique des agents de la médication sédative et excito-motrice, et de leurs applications thérapeutiques, ces agents sont : le sulfate de quinine, l'arsenic, l'eau froide, le seigle ergoté, le salicylate de soude et l'acide salicylique, l'acide phénique, la digitale, le bromure de potassium, l'électricité, la créosote, le colchique, et la vératrine. Tandis que chez les uns, c'est la propriété sédative qui domine, chez les autres, au contraire, c'est la propriété excito-motrice qui l'emporte. D'autres, enfin, possèdent les deux propriétés réunies à des degrés divers. Certains constituent des agents éminemment respirateurs, Ex. : sulfate de quinine, arsenic, eau froide, ergot de seigle, digitale, électricité.

Le *mal des montagnes* présente des symptômes analogues à ceux si bien décrits par Paul Bert, et éprouvés par les aéronautes dans leurs ascensions élevées ; or, dit Duboué, voici deux genres d'asphyxie qui doivent différer, mais doivent aussi se ressembler : l'asphyxie par fièvre typhoïde, et l'asphyxie par raréfaction de l'air que l'on respire. Dans la fièvre typhoïde, l'asphyxie est plus lente, tandis que dans le mal des montagnes, l'asphyxie se produit en quelques heures, et ce qu'il y a de très intéressant à noter, c'est que, suivant les observations d'un observateur de grand mérite, le Dr *Carret, de Chambéry*, il semble prouvé que des épidémies de fièvre typhoïde peuvent se développer dans les habitations chauffées à l'aide de poêles en fonte.

Les agents de la série excito-motrice étant des agents respirateurs, et l'oxygène appartenant à cette série, leurs propriétés sont peut-être dues à l'oxygène en excès que ceux-ci font pénétrer dans le sang. « Dans la fièvre typhoïde, écrit Duboué, « ce n'est pas l'oxygène qui fait primitivement

du sang ou à un trouble des fonctions digestives. On a observé la peptonurie à l'état temporaire et transitoire dans les maladies les plus disparates, aiguës ou chroniques, ainsi que le prouve l'énumération suivante : diphthérie, pneumonie, typhus, intoxication par le phosphore, phthisie pulmonaire, pleurésie purulente, bronchorrée, pyopneumothorax, rhumatisme articulaire aigu, méningite cérébro-spinale épidémique, cancer de l'estomac, atrophie aiguë du foie, abcès de sièges divers, choléra asiatique et scarlatine, maladies suppuratives des os.

Parmi ces états pathologiques, ceux dans lesquels la peptonurie est constante ou fréquente ont pour caractère commun, comme l'a fait observer M. Jaccoud, l'existence d'un foyer d'exsudat inflammatoire ou d'un foyer de suppuration, dans lequel le sang se charge par résorption de leucocytes en voie de régression, et c'est l'élimination de ces éléments qui est la source de la peptonurie.

Ou bien il existe un trouble assez profond, soit des voies digestives, soit du fonctionnement hépatique : M. Bouchard a appelé l'attention, et j'ai reproduit ses idées dans ce journal, sur la fréquence de la peptonurie dans la dyspepsie et dans la dilatation de l'estomac, dans certains états congestifs du foie.

Outre les peptonuries secondaires, M. Quinquaud avait décrit en 1883 sous le nom de diabète peptonurique primitif des faits dans lesquels les malades, ayant une polyurie peptonurique sans albumine vraie, sans sucre, sans excès d'urée, sont généralement considérés comme atteints de polyurie aqueuse simple ; cependant au lieu d'avoir comme symptôme unique l'augmentation de la soif, ils sont pris d'un amaigrissement qui peut aller jusqu'à la cachexie. « Cette maladie (polyurie avec peptonurie ou diabète peptonurique) survient accidentellement, dit M. Quinquaud, sans qu'on puisse toujours retrouver la cause ; on note des émotions vives, des refroidissements brusques. Il y a là un défaut d'assimilation, qui en fait une maladie générale, une vraie dystrophie dont la cause nous paraît nerveuse... Le mécanisme interne nous est inconnu. »

De ce que nous venons de dire, il résulte que les indications thérapeutiques dans la peptonurie secondaire sont intimement liées au traitement de la maladie principale.

Le plus souvent, dans le cas où la peptonurie découle de l'existence d'un foyer inflammatoire ou suppuratif, il n'y a pas lieu à instituer à cause d'elle un traitement spécial ; quelquefois on y verra pourtant une indication formelle à activer le traitement de la maladie principale, à évacuer un empyème, à drainer un abcès, à évider ou à curer un foyer suppuratif osseux ou ganglionnaire. Mais ces interventions n'exercent qu'une influence indirecte sur la peptonurie, en tarissant la source où le sang puise la peptone.

Lorsque la peptonurie paraît liée à une dyspepsie, à une dilatation de l'estomac, à une tuméfaction congestive du foie, la thérapeutique de la peptonurie est celle de la dyspepsie ; c'est l'hygiène alimentaire de la dilatation de l'estomac, de la congestion hépatique. Le traitement sera le même que celui de la véritable albuminurie de cause gastrique ou hépatique dont j'ai déjà parlé (1889, p. 561, et 1888, p. 437) comme d'une source fréquente de confusion avec les albuminuries rénales.

Quant à la peptonurie primitive, ou diabète peptonurique, signalée par M. Quinquaud, trou-

---

« défaut au sang, c'est plutôt le sang qui ne va « pas à l'oxygène des poumons. »

En 1883, l'éminent médecin de Pau, publie un mémoire sur les effets comparés de divers traitements de la *fièvre typhoïde*, et de ceux produits en particulier par l'*ergot de seigle* de bonne qualité, faisant suite à une note communiquée par l'auteur à l'Académie de médecine, et insérée dans le *Bulletin* des 5 et 12 septembre 1882.

Dans cette maladie, le cours du sang se trouve ralenti par suite d'un affaiblissement plus ou moins marqué des muscles cardio-vasculaires, et il insiste sur ce fait, en apparence paradoxal, « que le cours du sang se ralentit, dès que les « battements du cœur s'accélèrent, et vice versâ », et il s'appuie sur les remarquables travaux de M. Marey sur la circulation, pour dire que la tension artérielle diminue, à mesure que les battements du cœur s'accélèrent, et vice-versâ. « La contrac-« tilité de tous les muscles étant notablement af-« faiblie dans cette maladie, j'ignore, dit-il, si la « quinine, l'eau froide, l'acide phénique, le sali-« cylate de soude et l'ergot de seigle rétablissent « les contractions de ces dernières (les fibres mus-« culaires), en agissant directement sur elles, ou « sur les nerfs moteurs qui les animent. » L'ergot de seigle lui paraissant le meilleur des excito-moteurs, il l'emploie avec des succès très remarquables.

Déjà, dans un volume qu'il fit paraître en 1878 sur la *physiologie pathologique de la fièvre typhoïde*, il constatait que dans cette fièvre, la dé-sassimilation était fort augmentée, et comme, disait-il, un grand nombre d'éléments anatomiques sont frappés de mort par la cause morbifique, quelle qu'elle soit, il préconise l'emploi de l'ergot de seigle, dont il fait, dit-il, usage depuis 4 ans avec un grand succès qui est dû, d'après lui, à son action toni-musculaire ou excito-motrice.

Or, Duboué avait été précédé dans cette voie par Parola en 1846, et par le Dr Billard, de Corbigny, qui, en 1856, avait adressé à l'Académie un mémoire sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté.

Plusieurs de nos confrères n'ont pas hésité à essayer ce mode de traitement dans l'affection typhoïde, et s'en sont bien trouvés. Je citerai, entr'autres MM. *Lardier*, de Rambervilliers, Maurice Notta, Amédée Chassagne, de Nancy, Louis Curet, Sallées, Aimé Robert, Alfred Grillière, M. Rouffet et nous-mêmes. Quant à nos maîtres MM. Siredey et Hérard, ils réservent surtout l'emploi du seigle ergoté aux formes cyanotiques et pulmonaires.

Dans un livre du docteur Brieger, paru en 1887, et qui a pour titre : Microbes, Ptomaïnes et Maladies, livre traduit et annoté par M. le Dr Roussy et M. Winter, je lis à la page 191 qu'à plusieurs reprises, l'auteur a réussi à isoler de cultures du bacille typhique, le chlorhydrate très déliquescent d'un produit basique, qui ne serait autre qu'une nouvelle ptomaïne ; puis il énumère les propriétés chimiques et physiologiques du chlorhydrate de cette ptomaïne.

Dans la séance de l'Académie de médecine du

ble général de la nutrition d'origine nerveuse, affection évidemment bien rare, puisque M. Quinquand n'en avait observé que 3 cas en 1883, il paraîtrait logique de lui opposer les modificateurs généraux de la nutrition et les nervins depuis le massage, les frictions cutanées, la gymnastique jusqu'à l'antipyrine en passant par l'arsenic. Mais je ne puis parler par expérience de ces faits que je n'ai pas observés.

II

Je puis au contraire préconiser en connaissance de cause le *traitement de l'albuminurie d'origine gastrique ou hépatique*. Quand on trouve dans les urines d'un sujet atteint d'une dilatation de l'estomac de l'albumine sans cylindres rénaux dans les sédiments, si le foie n'est pas augmenté de volume, le traitement consistera seulement à instituer l'hygiène alimentaire de la dilatation de l'estomac, assez bien connue maintenant depuis les travaux de M. Bouchard et la publicité que j'ai contribué à leur donner.

S'il y a en même temps tuméfaction du foie ou si le gros foie existe seul, le régime conseillé par M. Bouchard fera presque infailliblement disparaître en peu de temps l'albuminurie d'origine hépatique.

M. Bouchard prescrit comme régime exclusif en pareil cas 1250 grammes de lait en 5 doses et des œufs au nombre de 5 à 10 pris également en 5 repas sans aucun autre aliment, sans aucune autre boisson. Autrement dit, toutes les quatre heures le malade prend un repas composé de 250 gr. de lait et de 1 ou 2 œufs ; le nombre des œufs varie suivant le degré de tuméfacfaction du foie, l'état des forces du malade et la quantité de mouvement qu'il est obligé de fournir.

Le lait peut être à volonté cuit ou cru, froid ou chaud, sucré ou salé, les œufs à la coque, brouillés ou sur le plat, en omelette ou en lait de poule ; la nuit, par exemple, il est commode au malade d'avoir, sur sa table de nuit, une crème froide faite avec deux œufs et 250 gr. de lait.

Ce régime peut, suivant la patience des malades et l'intensité des accidents, être suivi 10 à 20 jours ; puis suspendu, pour être repris, par une série de cures successives. Il fait disparaître généralement très vite d'une manière parallèle et la tuméfaction du foie et l'albuminurie avec les symptômes si désagréables de dyspnée, de palpitations, d'insomnie et d'accablement qui font cortège à cet état morbide encore ignoré de la plupart des praticiens.

M. Bouchard s'est demandé si ce sont bien le lait et les œufs qui agissent en pareil cas ; car il semble qu'on puisse obtenir un résultat presque aussi avantageux de *tout régime insuffisant* (viandes blanches, fruits cuits, peu de féculents et de graisses, peu de boissons, larges intervalles entre les repas), régime qui n'oblige pas le foie à fonctionner sans cesse et à emmagasiner plus de matériaux que l'organisme n'en consomme, qui laisse reposer le foie et même lui permet de se décharger de l'excès de matière qui l'encombrait. Cependant le lait et les œufs semblent convenir mieux que toute autre alimentation ; car ce régime comporte, sous un faible volume, des matières azotées faciles à transformer, des matières grasses déjà émulsionnées, du sucre et des sels minéraux en quantité suffisante, le lait et les œufs étant des aliments complets.

---

12 février 1889, M. le professeur Hayem a lu un travail fort remarquable du Dr Roussy, le laborieux et infatigable chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, sur la genèse de la fièvre, qui est produite, non par la présence d'un microbe, mais par un produit septique engendré par celui-ci... la pyrétogénine.

Le bacille d'Eberth, si bien étudié par MM. Chantemesse et Widal, n'agirait-il qu'en donnant naissance à une ptomaïne nocive, sorte de pyrétogénine? Cela est fort probable, mais, quoi qu'il en soit, et tout en trouvant rationnelle la méthode d'antisepsie intestinale employée par M. le professeur Bouchard, il est difficile d'admettre qu'on puisse, sans injustice, écrire aujourd'hui l'histoire du traitement de la fièvre typhoïde, sans même faire mention du traitement par le seigle ergoté, ainsi qu'a cru devoir le faire un interne des hôpitaux M. Daniel Critzman, dans une étude sur ce sujet, insérée dans la *Gazette des hôpitaux* du 13 avril 1889.

Il est impossible d'admettre en effet que tous, sans nous connaître, nous ayons été dupes de pareilles illusions, qui nous aient conduits chacun, dans notre sphère, à écrire sur ce sujet « un pur roman ».

Nous n'avons pas la prétention de croire que le seigle ergoté, soit le spécifique de la fièvre typhoïde, mais nous estimons qu'il est actuellement le meilleur remède parmi les bons et, comme me l'écrivait Duboué en 1886 : « Tant qu'on n'aura pas « trouvé quelque chose de mieux, auquel cas nous « nous empresserons, vous et moi, de laisser le « seigle ergoté pour prendre cette autre chose. »

En 1885, dans une étude très ingénieuse et très intéressante sur le traitement prophylactique et curatif du choléra asiatique, il dit que c'est un fait acquis et prouvé par toutes les autopsies, que le système épithélial est tout entier et presque seul atteint dans le choléra. Or le but à remplir dans le traitement prophylactique consiste à empêcher l'épithélium de tomber sous l'influence du germe ou du microbe cholérique, et, pour remédier à cette desquamation, il préconise l'usage interne du tannin préparé à l'éther, qui est inoffensif. Il cite par exemple l'immunité dont jouissent les ouvriers tanneurs pour le choléra.

Dans le choléra confirmé et à la période algide, il préconise la pratique des mouvements artificiels de la respiration, en même temps que l'emploi d'un petit appareil de son invention pour injecter dans la trachée une petite quantité d'eau et goutte à goutte suivant la tolérance individuelle qui peut varier depuis quelques gouttes jusqu'à 10 ou 15 grammes.

On n'ignore pas d'ailleurs, que des expériences et des faits déjà anciens de Goodwyn, Gohier, Colin, de Bichat, du professeur Brouardel et de M. Vibert, ont démontré péremptoirement combien est grande la puissance absorbante de la membrane muqueuse pulmonaire.

Dr Léonide Guichard
(de Lignières-Senneville),
Membre correspondant de la Société de médecine pratique de Paris.

(*A suivre.*)

C'est pour la même raison que ce *régime insuffisant à base d'aliments complets* donne de si remarquables résultats dans l'*obésité* en général. J'en ai déjà parlé ici et j'ai dans le cours de l'année dernière recueilli encore un magnifique exemple de cure de l'obésité par ce régime de M. Bouchard. En 5 mois, par une série de cures successives de 20 jours (lait et œufs), séparées par des intervalles de régime complexe, moins sévère, quoique toujours restreint, j'ai pu ramener un homme de 50 ans de 130 kilos à 90 sans lui causer le moindre malaise, — bien au contraire, en le délivrant d'une foule de misères telles qu'impossibilité de marcher par anhélation, insomnie, bronchorrée, flux hémorrhoïdaire, etc.

Mais revenons à l'albuminurie.

Quand l'albuminurie est bien de cause rénale, il y a lieu de distinguer les cas où elle est liée à une néphrite aiguë, infectieuse ou toxique, de ceux où il existe une altération chronique du rein.

III

Les albuminuries rénales des maladies aiguës infectieuses ou toxiques sont interprétées, aujourd'hui, comme la conséquence de l'élimination par les reins de la cause morbifique, microbes ou poisons.

On discute encore pour savoir si les microbes eux-mêmes traversent le rein ou si celui-ci n'excrète que les poisons solubles fabriqués par eux au sein de l'organisme ; les deux opinions sont soutenables, pouvant invoquer l'une et l'autre des faits d'observation.

Quoi qu'il en soit, au point de vue de la thérapeutique, l'albuminurie dans les néphrites par infection ou par intoxication est évidemment le résultat d'un effort curateur de l'organisme ; c'est un accident utile, qui doit être surveillé, mais non contrarié. L'indication qui en découle est de favoriser le fonctionnement du rein par l'administration de boissons aqueuses suffisamment abondantes, provoquant une diurèse mécanique, comme l'eau. On peut recommander aussi l'emploi d'autres moyens qui agissent d'une manière analogue, comme les grandes irrigations intestinales d'eau froide qui opèrent soit en faisant absorber de l'eau par l'intestin, soit en faisant contracter les petits vaisseaux des parois intestinales, et de proche en proche vont augmenter la tension dans la circulation rénale et par suite la diurèse. Le lait comporte cet avantage d'être non seulement une boisson aqueuse, mais d'agir par ses substances minérales, peut-être par sa lactose, comme le veut M. Sée.

Le traitement de l'albuminurie des maladies infectieuses comporte aussi l'usage assez fréquent des sels purgatifs neutres (sulfate de soude et de magnésie) qui contribuent, en entraînant par la voie intestinale une partie des poisons de l'organisme, à diminuer quelque peu le travail éliminateur du rein. Mais on s'abstiendra de purgatifs drastiques qui dépasseraient le but en diminuant trop la sécrétion rénale par soustraction excessive d'eau à la circulation générale. Les épithéliums des glomérules et des canalicules urinifères contournés et ceux des anses de Henle, qui desquament dans les néphrites infectieuses ou toxiques aiguës, doivent être au fur et à mesure entraînés sous peine d'encombrer les voies d'excrétion, les tubes droits, et de devenir le point de départ d'une réaction inflammatoire ultérieure.

Le mécanisme suivant lequel les néphrites chroniques succèdent aux néphrites aiguës est variable. La réaction inflammatoire du tissu rénal est provoquée, tantôt par les microbes agissant à la façon d'embolies dans les capillaires du rein, en émigrant hors des vaisseaux et colonisant dans les tissus périvasculaires ou en perforant et dissociant les épithéliums glomérulaires et canaliculaires ; — tantôt par les poisons qui stagnent trop longtemps, avant d'être éliminés, dans les capillaires ou dans les canalicules. Les néphrites toxiques ou infectieuses sont presque toujours des néphrites mixtes ou diffuses comme on l'a dit, c'est-à-dire à la fois épithépliales et vasculaires, parenchymateuses et interstitielles.

Il ne dépend pas exclusivement de la thérapeutique que les néphrites aiguës infectieuses ou toxiques dégénèrent ou non en néphrites chroniques. Cependant, si on surveillait toujours bien, pendant et après la convalescence, les malades qui ont présenté de l'albuminurie pendant la maladie infectieuse ou l'intoxication primitive, si on ne leur laissait pas reprendre trop tôt l'usage des aliments et des boissons capables d'irriter le rein (les viandes en excès, le vin et l'alcool), si on guettait le moindre indice de poussées congestives du côté des reins en s'empressant de combattre celles-ci par le repos au lit, les applications révulsives et les saignées locales sur la région lombaire, la reprise du régime lacté, si on faisait activement fonctionner la peau, si on faisait toujours tout cela avec persistance et en temps opportun, on préviendrait peut-être souvent les néphrites chroniques qui sont la conséquence quelquefois lointaine des maladies générales aiguës (fièvre typhoïde, scarlatine, diphthérie, amygdalites infectieuses, etc.).

Quand la néphrite aiguë est causée par l'action du froid, le traitement actif par la révulsion et les émissions sanguines locales (ventouses scarifiées) est particulièrement efficace. Dans toute néphrite aiguë, s'il y a des accidents urémiques, convulsifs, délirants ou comateux, une saignée générale de 300 à 400 grammes est indispensable, et même en l'absence de symptômes aussi graves, on peut espérer, grâce à la saignée, « diminuer les mauvaises chances du passage d'une néphrite aiguë à l'état chronique ». (Dieulafoy).

IV

Quand un individu est albuminurique par maladie chronique du rein, la tâche du médecin est assez différente, suivant que la maladie du rein est le foyer principal et le point de départ des accidents morbides, comme dans le mal de Bright, ou que la lésion rénale n'est qu'un épisode au milieu d'une maladie plus générale comme l'artério-sclérose généralisée.

L'accord n'est pas fait sans doute sur ce qu'il faut entendre exactement par mal de Bright. Cependant, peu de médecins considèrent encore cette expression comme synonyme de néphrite parenchymateuse. La plupart acceptent, comme le dit M. Dieulafoy, que tout individu qui a une lésion chronique des reins, de la glande rénale, s'opposant plus ou moins à la dépuration urinaire, est atteint de mal de Bright ou de *brightisme*. Que les lésions prédominantes soient artério-scléreuses ou épithéliales, ou même amyloïdes, quelle que soit la cause provocatrice des lésions, refroidissement, maladies infectieuses, alcoolisme, sy-

philis, arthritisme, tuberculose, les malades atteints de ces lésions sont des brightiques (Dieulafoy).

Quand on est atteint d'une lésion chronique du rein, on est menacé de plusieurs dangers.

Le plus grand de tous, celui qui la plupart du temps vous tue à échéance plus ou moins lointaine, c'est l'urémie, l'insuffisance de la dépuration urinaire, l'impuissance où se trouve peu à peu réduit l'organisme d'expulser par le rein en un temps donné les poisons qu'il reçoit du dehors ou fabrique pendant ce même laps de temps. C'est là ce qu'on peut appeler le *danger chimique*.

Mais il faut aussi tenir compte des dangers que j'appellerai *physiques* et *mécaniques*, pouvant résulter des troubles cardiaques et des hydropisies. L'hypertrophie cardiaque peut aboutir à l'asystolie, les œdèmes de l'appareil respiratoire et des centres nerveux à l'asphyxie et au coma.

Il ne faut pas non plus perdre de vue que l'albuminurique est, comme le diabétique, un individu dont la résistance est amoindrie vis-à-vis des agents morbifiques, surtout des *infections parasitaires* ; sur lui les microbes spécifiques, comme le bacille de la tuberculose ou le pneumocoque de la pneumonie, le streptocoque de l'érysipèle, les staphylocoques pyogènes des furoncles et des anthrax s'implantent et se développent avec plus de facilité que chez les individus sains.

Ces considérations générales permettent d'entrevoir la multiplicité des indications qui surgissent au cours des néphrites chroniques. Il faudrait beaucoup plus qu'un article de journal pour les détailler.

En premier lieu il faut placer le malade dans des conditions d'HYGIÈNE telles qu'il soit soustrait autant que possible aux causes de refroidissements : chemise et caleçon de flanelle, bas de laine, habitation sèche (pas de rez-de-chaussée, pas d'exposition aux vents du nord et de l'est).

Les stimulations cutanées au moyen de frictions sèches au gant de crin, de frictions alcooliques et térébenthinées doivent être faites deux fois par jour.

L'ALIMENTATION doit reposer sur deux principes : favoriser autant que possible l'élimination des déchets de l'organisme, faire entrer aussi peu que possible dans celui-ci les substances toxiques.

Dans les périodes de poussées congestives ou inflammatoires (hématurie, douleur lombaire, élévation du taux de l'albumine), — comme dans celle des œdèmes étendus, — c'est le *régime lacté pur*, rigoureux, qui est indiqué, suivant des règles qui sont connues de tous les médecins, mais qu'on oublie trop souvent d'indiquer aux malades avec assez de précision : le lait doit être pris par petites doses à la fois, fréquemment répétées et à intervalles égaux.

Il m'a toujours paru excessif et inutile d'atteindre la dose quotidienne de 4 litres indiquée par beaucoup d'auteurs : 3 litres me paraissent le maximum.

D'ailleurs il n'est pas nécessaire de continuer trop longtemps le régime lacté absolu. La période hyperémique passée, ou les œdèmes disparus, on peut instituer le *régime lacté mitigé par l'addition des œufs* : avec 2 litres de lait et 6 œufs cuits on peut continuer une thérapeutique efficace. Je crois que la question du prétendu danger des œufs pour les albuminuriques est jugée aujourd'hui : avec M. Bouchard, M. Dujardin-Beaumetz, avec M. Lecorché, j'admets que l'usage quotidien de quelques œufs cuits n'augmente pas la quantité d'albumine et ne nuit pas aux brightiques.

Il est souvent plus utile pour favoriser la résorption des grands œdèmes de diminuer, pendant quelques jours seulement, la quantité du liquide ingéré par les malades, de les soumettre à un rationnement de la boisson, dont la quantité quotidienne ne doit jamais toutefois être inférieure à 800 centimètres cubes.

Après le régime du lait et des œufs, on peut faire intervenir les farines, les pâtes alimentaires, les purées de féculents, les légumes verts, les fruits, la viande blanche d'abord (poulet, veau, plus tard le porc très cuit, le mouton et le bœuf).

Les aliments d'origine animale, comme la viande et le bouillon, doivent être permis seulement aux albuminuriques guéris, ou très améliorés. Mais la préparation des viandes doit avoir pour objectif de les débarrasser autant que possible des ptomaïnes par une *cuisson complète*. C'est la viande braisée, pénétrée par une chaleur prolongée jusqu'en sa profondeur, qui convient ; le poulet au riz, le veau à la casserole, la tête de veau, le bœuf à la mode, le jambon aux épinards ont été recommandés.

Ce qu'on n'autorisera pas, c'est l'usage de l'alcool et du vin pur. On accordera d'abord comme boisson aux repas, le lait coupé d'eau alcaline ou l'eau pure, — comme eaux minérales, celles d'Alet, d'Evian, de Contrexéville, de Soultzmatt ; plus tard du thé léger, de l'eau additionnée d'un peu de café, un quart de vin blanc et trois quarts d'eau.

De temps en temps on reprendra une cure de lait exclusivement pendant quelques semaines, et au moindre indice d'accidents urémiques on retirera une partie des concessions faites, en se rappelant que le bouillon, la viande sont dangereux par leur richesse en principes organiques, créatine, créatinine, leucine, etc., et que les fruits, les légumes verts sont nuisibles par leurs sels de potasse, M. Bouchard avec Felz et Ritter ayant démontré que l'intoxication par la potasse est un des coefficients importants de l'intoxication complexe dite urémique.

On veillera au bon fonctionnement de l'intestin : les grands lavements simples ou purgatifs, le sulfate de soude suffiront comme laxatifs.

Quand il y a des œdèmes, on emploie les drastiques, scammonée, jalap, mais avec ménagements.

A une certaine période, l'anémie se trouvera avantageusement combattue par quelques ferrugineux, l'iodure de fer, le quinquina, le chlorure et l'iodure de sodium à petites doses. Les iodures alcalins trouvent surtout leur emploi dans les néphrites où l'artério-sclérose domine.

Le cœur et la circulation seront attentivement surveillés : dans la période d'hypertrophie cardiaque, la thérapeutique n'a guère à intervenir ; mais, dès qu'on surprend les signes de la dilatation des cavités, l'insuffisance tricuspidienne, la digitale doit intervenir non pas à petites doses longtemps continuées, mais par à-coups successifs (0 gr. 30 d'infusion de poudre de feuilles pendant trois jours de suite).

Contre les grands œdèmes des cavités viscérales (hydrothorax, ascite) il faudra quelquefois intervenir par la ponction ; l'anasarque générali-

sée, qui ne cède pas aux diurétiques, aux purgatifs, requiert quelquefois les mouchetures des jambes avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses (aiguille flambée ou pointe de thermo-cautère, enveloppement dans des linges imbibés d'eau boriquée ou naphtolée).

Si l'urémie survient, il faut instituer un traitement spécial dont les détails ont été si remarquablement précisés par M. Bouchard, mais qu'on peut résumer ainsi: lait exclusif, antisepsie intestinale avec le naphtol et le salicylate ou le sous-nitrate de bismuth, grands lavements d'eau froide réitérés, inhalations d'oxygène, saignée.

M. Dieulafoy a opéré dans quelques cas la transfusion de 100 à 120 grammes de sang contre des accidents urémiques suraigus ; mais ce moyen n'est pas facile à mettre en pratique et n'a pas encore fait ses preuves suffisamment.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Séance du Conseil de Direction du Concours médical Et du bureau de l'Union des Syndicats

Le Conseil de direction s'est réuni le 30 décembre ; étaient présents : MM. *Gassot*, *Maurat* et le *Directeur*. Retenu par l'épidémie régnante, M. Gibert, du Havre.

Le Conseil a réglé les diverses affaires courantes, examiné les comptes. Il a été acheté pour la Société civile une obligation communale 1880 n° 592.204 à 452 fr. 25.

Le Conseil a pris diverses résolutions sur la question de *l'indemnité en cas de maladie par l'Association générale.*

On a lu les lettres de divers députés-médecins qui promettent leur appui pour toutes les questions professionnelles du ressort des Chambres.

Le conseil s'ajourne en avril, à l'époque de l'assemblée générale de la Caisse des pensions de retraite et de l'Association générale.

Le Bureau de l'Union s'est réuni également le 30 décembre à 4 heures. Etaient présents : MM. *Destrem*, *Lardier*, *Maurat*, secrétaire général et *Cézilly*, vice-président. M. le président Dulaurier, empêché, avait transmis ses observations sur les affaires en cours.

Le Bureau a pris communication de l'arrêté ministériel qui enlève au sieur de *Bruc*, médecin italien, le droit d'exercer la médecine en France.

Un membre a donné communication d'une affaire au sujet de laquelle chacun a exprimé son opinion. Une ligne de conduite a été décidée ; il a été convenu qu'on ne publierait les détails que dans certaines éventualités.

Diverses mesures ont été arrêtées pour la Révision de la législation. Chaque député-médecin recevra la brochure Geoffroy sur cette question ; on provoquera des démarches auprès des députés et sénateurs.

Le bureau se réunira en avril.

Des obligations militaires des médecins civils

Par M. le Dr Henry Munier, médecin-major au 8e bataillon de chasseurs à pied (1).

(Suite.)

Je désire vous donner quelques renseignements sur cet emploi de médecin auxiliaire qui n'est pas suffisamment connu, et qui me paraît excellent de tous points. Sa création n'est pas ancienne, elle ne remonte qu'au 5 juin 1883. Pareille institution existait déjà en Allemagne, où elle est connue sous le nom d'*aide de lazareth*. On s'est proposé d'adjoindre aux médecins de l'armée, qui tous, comme vous le savez, ont le rang d'officier, des médecins subalternes, des sous-officiers de santé. Le médecin auxiliaire est l'adjudant du médecin-major.

Dans un régiment d'infanterie, par exemple, qui part en guerre avec trois médecins, il semble impossible à ces trois médecins d'assurer convenablement le service de première ligne, étant donné les effectifs actuels et la portée des nouvelles armes. On leur a très judicieusement adjoint trois médecins auxiliaires, qui leur serviront d'internes quand le régiment sera groupé, ou qui pourront être envoyés avec les détachements si le régiment se fractionne. De même dans les bataillons de chasseurs alpins, formés, comme vous le savez, à six compagnies, et où les compagnies opèrent la plupart du temps isolément, loin des voies de communication. On les a dotés de six médecins auxiliaires, de façon que chaque compagnie, même isolée, soit pourvue de secours médicaux.

Les médecins auxiliaires sont donc des sous-officiers médecins ; ils ont le grade, le rang, la solde, l'uniforme d'adjudant ; ils sont pris parmi les officiers de santé, parmi les étudiants en médecine de 4e ou de 5e année. Il va de soi que ce sont soit des hommes à la disposition, soit des réservistes, soit des territoriaux.

Tout ce qui concerne, militairement parlant, les médecins auxiliaires, est réuni dans un règlement en date du 6 avril 1889. Nul ne peut être reçu médecin auxiliaire sans avoir subi un examen d'aptitude devant un jury composé de trois médecins militaires. Cet examen roule sur l'organisation de l'armée, sur le service de santé en paix et en campagne, sur le fonctionnement des infirmeries, des hôpitaux, sur les soins à donner aux blessés, sur la Convention de Genève, etc.

Tout officier de santé récemment promu, tout étudiant en médecine qui a pris sa 12e inscription doit adresser au directeur du service de santé du corps d'armée où il réside une demande à l'effet de prendre part à ces examens. Sinon, ces jeunes gens sont convoqués d'office, d'après les renseignements fournis par les secrétaires des Facultés ou des Ecoles de médecine.

Les médecins auxiliaires suivent le sort de la classe à laquelle ils appartiennent ; ils répondent aux convocations dans les mêmes conditions que cette classe.

Pour terminer ce qui a trait aux étudiants en médecine, je dois leur indiquer de quelle manière ils peuvent entrer dans l'armée, à titre définitif, en embrassant la carrière de médecin militaire. Vous savez tous, Messieurs, quels souvenirs a laissés notre Ecole militaire de Strasbourg, et quelle pépinière de médecins distingués elle a

(1) Voir le numéro précédent.

formée. Après notre malheureuse guerre, l'Ecole fut fermée, les professeurs dispersés, et le recrutement de la médecine militaire s'opéra dans les diverses Ecoles de médecine du territoire, non sans quelque difficulté et quelque irrégularité.

On est enfin revenu aux anciens errements, et, le 25 décembre 1888, une Ecole du service de santé militaire a été créée à Lyon. Elle fonctionne actuellement, elle est entrée ces jours derniers dans sa deuxième année.

L'Ecole de Lyon est une Ecole militaire, comme l'Ecole de Saint-Cyr. Elle se recrute par un concours annuel auquel peuvent prendre part tous les étudiants en médecine possesseurs de quatre inscriptions valables pour le doctorat ; elle renferme par conséquent des étudiants de 2e, 3e et 4e année. Les élèves y sont casernés, y prennent leurs repas, portent un uniforme spécial et sont astreints à toutes les obligations de la discipline militaire.

Au point de vue scientifique, ils suivent à la Faculté de Lyon tous les cours, cliniques, conférences et exercices pratiques afférents à leur année d'études, et dans les mêmes conditions que les étudiants civils. Ils prennent part aux concours de la Faculté et de l'administration des hospices. De plus, et c'est ce qui doit faire la supériorité de l'institution, quand les élèves sont rentrés à l'Ecole au sortir des cours de la Faculté, ils reçoivent, de la part de répétiteurs militaires, un enseignement spécial consistant en conférences, exercices pratiques, interrogations, examens, etc.

Les examens de doctorat et la thèse sont passés devant la Faculté de Lyon. Tout élève ayant subi deux échecs successifs au même examen est licencié. Une fois docteurs, les élèves sont envoyés à Paris, à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, d'où ils sortent, après une année, en qualité de médecins aides-majors de deuxième classe. Ils contractent un engagement de servir pendant six ans dans l'armée à partir de cette nomination.

L'Ecole de Lyon est une école payante. Le prix de la pension est de 1,000 francs par an; celui du trousseau est d'environ 1.000 francs, une fois payés. Mais, ce qui peut faire de cette Ecole une ressource inappréciable pour les étudiants peu fortunés, c'est qu'il n'est pas très difficile d'obtenir une bourse, demi-bourse, trousseau ou demi-trousseau. Les demandes à cet effet doivent être adressées au préfet du département, et accompagnées d'une enquête sur la situation de fortune des parents. Les élèves boursiers font ainsi leurs études aux frais de l'Etat ; ils sont non seulement nourris, habillés et logés, mais encore leurs consignations d'inscriptions et d'examens, les achats de livres et d'instruments sont acquittés par le Trésor. C'est, comme je le disais tout à l'heure, un avantage unique et, si l'on considère en outre que les élèves sont surveillés de près, obligés de travailler, en contact permanent avec des répétiteurs qui ne laissent pas une difficulté sans l'élucider, on ne saurait douter que notre jeune Ecole de Lyon soit appelée à un grand avenir et qu'elle se montrera digne de sa devancière.

III. — Passons maintenant à la situation des *Docteurs en médecine*. D'après ce qui vient d'être dit, la plupart des docteurs seront déjà pourvus, au moment de leur nomination au doctorat, du titre de médecin auxiliaire, qu'ils auront obtenu pendant leur quatrième année d'études. Ce sera pour eux un grand avantage, en ce sens qu'ils seront dispensés de tout nouvel examen d'aptitude, et qu'ils obtiendront d'emblée le grade de médecin aide-major de 2e classe dans la réserve. Les docteurs en médecine qui n'auraient pas passé par le grade de médecin auxiliaire seront forcés de subir cet examen, analogue à celui dont il a été question à propos des médecins auxiliaires.

Le grade de médecin aide-major de 2e classe (assimilé à celui de sous-lieutenant) est donc réservé aux docteurs en médecine qui passent dans la réserve. C'est leur début dans la hiérarchie ; mais ils ne s'arrêtent pas là. Ils peuvent passer aux grades supérieurs, dans les conditions d'ancienneté fixées par la loi sur l'avancement. Cet avancement des médecins de réserve et de l'armée territoriale se fait à l'ancienneté et par corps d'armée, sur des listes de choix constatant l'aptitude des intéressés à passer au grade supérieur.

Toutefois, dans le but de donner une situation militaire plus relevée aux médecins dont la valeur scientifique s'impose, le décret du 10 janvier 1884 a adopté les dispositions suivantes :

1° Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de 2e classe (grade de capitaine) dans la réserve, et au grade de major de 1re classe (grade de commandant) dans l'armée territoriale : les médecins professeurs titulaires des chaires de clinique, de pathologie, de médecine légale, de médecine opératoire et d'anatomie dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes.

2° Pourront également, et à titre exceptionnel, être promus d'emblée majors de 2e classe dans la réserve ou l'armée territoriale : les professeurs agrégés des chaires mentionnées à l'article précédent dans les Facultés, — les professeurs des dites chaires dans les Ecoles de médecine, — les médecins d'hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours.

Ces dispositions ont été critiquées avec beaucoup de vivacité par M. le professeur Léon Le Fort dans un article de la *Revue des Deux-Mondes* (1er juin 1887). Elles lui ont inspiré, non seulement de l'étonnement, mais encore de l'indignation. « C'est une injure, dit-il, qui nous est faite, « à nous, professeurs titulaires de la Faculté de « médecine, à nous chirurgiens des hôpitaux de « Paris, à nous les représentants de la science « française ! » Et il ajoute : « Ainsi, les collègues, « les successeurs des Velpeau, des Nélaton, les « hommes qui, par leur mérite établi par les con« cours et consacré en dernier lieu par l'élection « de leurs pairs, tiennent légitimement la situa« tion la plus élevée dans la médecine françai« se.... pourront s'élever jusqu'à la situation mo« deste de médecin-major de 2e classe (capitai« ne), et ils auront au-dessus d'eux des majors « de 1re classe, des principaux de 2e classe et « de 1re classe, des inspecteurs du service de « santé ! »

Ce n'est pas ici le lieu de discuter à fond cette question, et il convient d'ailleurs de reconnaître que l'article de M. Le Fort avait pour but de battre en brèche la loi organique militaire présentée par le général Boulanger, projet de loi qui, comme vous le savez, n'a pas eu de suites. Pour le moment, l'avancement des médecins civils dans la réserve et l'armée territoriale est toujours réglé par le décret du 10 janvier 1884, qui attribue d'emblée le grade de commandant aux professeurs des

Facultés et qui spécifie que l'avancement des autres médecins se fait à l'ancienneté, sans imposer de limitation aux grades qu'ils peuvent obtenir.

Et, en fût-il autrement, je ne crois pas qu'il y aurait lieu de s'en indigner à ce point. M. Le Fort trouve vexatoire de voir au-dessus de lui des médecins principaux et inspecteurs, quelquefois sans aucune notoriété. « En médecine, dit-il, ce » n'est pas le port permanent d'un pantalon rouge » qui fait le talent et l'expérience ! »

Le talent chirurgical, je le veux bien : mais enfin les jeunes agrégés, les jeunes chirugiens des hôpitaux n'auront pas besoin d'avoir cinq galons sur les manches pour remplir, avec talent, leur mission dans le service d'ambulance ou d'hôpital qui leur sera confié.

Quant à l'expérience, c'est une autre question. Il y a en médecine d'armée deux sortes d'expériences : d'abord l'expérience scientifique, médico-chirurgicale : celle-là, nos confrères civils la possèdent au même titre que nous, chacun d'après sa valeur personnelle. Mais il y a aussi l'expérience administrative et professionnelle, qui ne s'acquiert que par de longues années de pratique, par le port assidu, comme dit M. Le Fort, du pantalon rouge.

C'est qu'en effet la situation de la médecine militaire a bien changé. Je ne sais qui disait, pendant la guerre de Crimée : « Les médecins mili- « taires n'ont qu'un seul droit, c'est le droit aux « jérémiades. » C'étaient des récriminations permanentes, des réclamations à l'intendance, des demandes auxquelles on ne répondait pas, des propositions non suivies d'effet. Aujourd'hui le service de santé s'administre lui-même ; il a la charge de son personnel et de son matériel ; il a toute initiative, comme aussi toute responsabilité.

Il en résulte, chez les médecins directeurs de ce service, un travail de bureau énorme, une comptabilité, une correspondance, un ensemble de détails administratifs auxquels ils doivent avoir été rompus. Il faut bien l'avouer, le directeur sanitaire en campagne s'occupe beaucoup plus d'administration que de chirurgie pratique ; on peut admirablement diriger son corps d'armée et n'être qu'un bistouri médiocre.

Veut-on savoir, d'après le règlement lui-même, les obligations d'un directeur ? Il doit veiller à l'hygiène des troupes (salubrité des cantonnements, bonne qualité des eaux, des aliments et des boissons) ; prescrire les mesures générales à prendre pour combattre les épidémies et les maladies contagieuses ; indiquer aux formations sanitaires les points où elles doivent s'installer ; surveiller leur fonctionnement et leur relèvement ; organiser, mettre en route les convois d'évacuation ; s'occuper des mutations, de l'avancement, des récompenses pour tout le personnel placé sous ses ordres ; demander le personnel, le matériel, les approvisionnements nécessaires ; faire les réquisitions de personnel auxiliaire, de voitures, de literie, d'aliments, etc.

Ce sont là des obligations difficiles et complexes, que les médecins civils auraient tort de revendiquer, fussent-ils professeurs de Faculté. Leur véritable place est dans nos hôpitaux et nos ambulances, où, chefs de service autorisés, suivis et imités, ils n'auront aucune préoccupation administrative, et où ils feront bénéficier de leur valeur professionnelle non seulement les blessés qui leur seront confiés, mais encore la jeune génération médicale qui les entourera.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

La grippe et la fièvre malarique larvée.

J'ai montré dans un précédent numéro de ce journal que la grippe s'était développée sous l'influence d'une zone de forte pression barométrique qui a recouvert l'Europe entière et au delà depuis le 21 octobre.

Dans ces conditions météorologiques, les vents n'ont pas cessé de souffler des *régions Est*, et j'ai assigné à la direction des vents venus du continent et aux brouillards, l'étiologie de la grippe.

L'observation de l'épidémie actuelle a fait naître dans l'esprit des médecins la présomption de sa nature infectieuse. Les complications pulmonaires fréquentes, telles que la broncho-pueumonie avec ataxie, délire et température maintenue voisine de 42° jusqu'à la mort, la transmission de la grippe à tous les membres d'une même famille, le désordre nerveux et l'état fébrile persistant longtemps après l'attaque.

Autant de caractères qui plaident en faveur de la nature infectieuse de l'épidémie.

Voilà donc une maladie qui s'est développée sous l'influence d'un brouillard, et qui a revêtu progressivement une forme pernicieuse. L'idée du microbe se présente aussitôt à l'esprit. Mais quelle sorte de microbe ! Etait-il primitivement contenu dans les brumes et véhiculé par les vents venus d'Orient ? Son virus s'est-il accentué dans le vaste champ de culture qui lui a été offert, ou n'y a-t-il pas de microbe ?

Je me garderai de trancher cette question, ne pouvant montrer le corps du délit au bout de l'objectif du microscope.

Néanmoins, la clinique a parfois rendu des services à la microbiologie et il n'est pas défendu, en s'appuyant sur des faits et des comparaisons, d'indiquer une voie aux expérimentateurs.

J'en appelle à ceux de mes confrères qui exercent dans les régions où sévit la malaria. Je ne veux pas comparer l'accès de fièvre pernicieuse au début de l'influenza ; celle-ci en est une image trop réduite, malgré ses nombreuses ressemblances. L'attaque est brusque dans les deux cas : frisson initial et sueurs profuses. L'abattement de la grippe n'est pas le coma qui suit l'accès de fièvre pernicieuse, et le frisson est moins intense. Je rapprocherai plutôt l'influenza de la fièvre larvée. Les complications, dans les deux maladies, prennent une physionomie clinique qui leur donne un air de parenté.

On sait que, dans les pays à fièvre intermittente, la pneumonie maligne et la broncho-pneumonie sont plus fréquentes qu'ailleurs, qu'elles revêtent un caractère exceptionnel de gravité : le paysan redoute la pneumonie, autant que le citadin la diphthérie.

La première fois que j'ai observé la broncho-pneumonie de l'influenza, elle m'a rappelé tout de suite celle de la fièvre larvée. La ressemblance est saisissante. La maladie est foudroyante, au début, dans les deux cas, parce que la température atteint vite 42 degrés et s'y maintient, si on n'administre pas le sulfate de quinine à haute dose et par voie hypodermique.

Mais, en dehors des complications graves, rien ne ressemble à une fièvre larvée comme l'influenza. Voyez un malade en puissance de fièvre tellurique : la langue est saburrale malgré les purgations répétées, absence d'appétit, facies décoloré, frissons répétés, jambes de coton, malaise et fatigue invincibles, insomnie. Etat syncopal chez les femmes, etc.

Ces symptômes ne sont-ils pas absolument identiques chez les malades atteints d'influenza et chez ceux qui ont la fièvre des marais ?

Pour ma part, j'ai subi les deux maladies à sept ans d'intervalle et dans des pays différents, et j'affirme que j'ai éprouvé les mêmes malaises. J'ai pris, comme

autrefois, 60 centigr. de sulfate de quinine par jour, et mon influenza s'est dissipée le 3e jour comme par enchantement ; j'en ai donné depuis à tous les grippés dont la convalescence traînait en longueur, et toujours le service rendu par la quinine a été manifeste.

Il résulte de cette courte étude, que la clinique et la thérapeutique s'accordent ensemble pour plaider la nature même de la grippe.., un miasme ou un microbe d'origine tellurique. Les vents d'Est l'ont peut-être apporté de l'Orient, et le brouillard a favorisé sa germination et sa diffusion, comme l'indique la météorologie.

Dr Albert Ruanet.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

DE L'ASSURANCE MUTUELLE EN CAS DE MALADIE TEMPORAIRE.

(Suite et fin.)

§

Tel est le règlement très prudent, que le syndicat d'Aisne-et-Vesle a voté pour assurer une indemnité-maladie à ses membres.

Il est perfectible et nous le perfectionnerons lorsque notre caisse sera plus forte.

Quatorze membres du syndicat font partie de l'association mutuelle.

Elle a commencé à fonctionner le 1er octobre 1887, et le 1er avril 1888 les membres fondateurs avaient droit à l'indemnité.

Résultat du 1er exercice le 1er avril 1889 :

Cotisations versées	972 fr.
Indemnité payée à des confrères — 27 journées soit	270
Reste.	702 fr.

Si nous ajoutons les deux premières quinzaines de la maladie non payées d'après les statuts, nous avons un total de 57 jours pour 14 sociétaires, *soit 4 jours par sociétaire* (14 × 4 = 56). C'est la règle.

Si nous avions payé les 30 jours, il nous resterait encore 402 fr. en caisse.

Quand nous aurons un capital suffisant, c'est la première modification que nous ferons au règlement qui sera revisé ainsi : *moins de 15 jours de maladie, pas d'indemnité ; plus de 15 jours, indemnité depuis le 1er jour.*

Au premier décembre nous n'avons pas encore eu de malades et, le trimestre d'octobre payé, il nous reste en caisse 1230 fr., sans compter les intérêts de mille francs placés à la caisse d'épargne postale. Au 1er janvier nous aurons un nouveau membre ; notre capital s'augmentera de 204 fr. et nous aurons en caisse, au bout de dix-huit mois, une somme ronde de 1500 fr. qui nous permettra dorénavant de parer à toute éventualité.

§

Lors de l'assemblée générale des membres du *Concours médical* du 4 novembre 1888, le Dr Cézilly, président, qui était au courant et qui avait encouragé dès le début le syndicat médical d'Aisne-et-Vesle à poursuivre l'étude et la création de l'assurance-maladie, fit un très éloquent et très intéressant discours.

En parlant de l'Association générale des médecins de France, qui est *une société de prévoyance et de secours mutuel*, il a montré le bien qu'elle avait pu faire avec une faible cotisation annuelle de 12 fr. et le bien qu'elle pourrait faire si elle voulait se charger de procurer l'indemnité-maladie à ses membres. Tous les adhérents à la Société centrale ou aux sociétés locales continueraient à donner leurs 12 francs pour les anciennes œuvres, et moyennant 48 autres francs payables 12 fr. par trimestre, ils auraient droit à 10 fr. par jour de maladie pendant une durée maxima de 4 mois.

Nous voyons que le Dr Cézilly propose la même cotisation que nous, mais qu'il élève de 3 à 4 mois la durée de la maladie. Avec le fonds de réserve considérable de l'Association générale, cela s'explique.

J'engage tous ceux qui veulent la prospérité de l'Association générale, mais la cessation de la capitalisation à outrance, à lire le discours du Dr Cézilly. Il est plein de renseignements utiles et même indispensables à connaître pour qui veut étudier la question.

L'Association locale de l'Oise, dont le Dr Cézilly est président, émit quelque temps après un vœu dans ce sens.

Le 10 mars, le Dr Lassalle, de Lormont, dans un rapport présenté à l'Association des médecins de la Gironde, a fait adopter à l'unanimité le vœu que l'Association générale veuille bien mettre à l'ordre du jour la création d'une caisse d'assurance-maladie.

Enfin, dans sa séance du 13 mai, l'assemblée générale prit en considération les deux vœux des sociétés *de l'Oise* et *de la Gironde et d'après* le règlement ils sont renvoyés aux sociétés locals qui ont maintenant la parole.

§

L'Association générale, en prenant cette noble cause en main, peut avoir différentes manières de procéder :

1° Comme dans le projet Cézilly, elle peut donner à tous ses membres, directement, l'indemnité journalière de 10 fr. par jour moyennant 48 fr. par an ; 2° ou bien elle peut subventionner les diverses associations locales qui l'établiraient dans leur sein d'une manière analogue à la nôtre en leur laissant leur autonomie propre. (Je réserve les pays où ne se formeraient pas ces associations ; les confrères pourraient s'affilier directement à la caisse centrale.)

Voici ma manière de voir et celle du Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

Les associations locales d'assurance-maladie pourraient payer tant par an à la caisse centrale et de cette manière se solidariser, se fédérer.

Je suppose que notre petite caisse, par suite de nombreux malades, ne puisse donner qu'une indemnité journalière dérisoire ; alors je comprends le rôle de l'Association générale qui devra puiser dans le fonds de réserve alimenté par les sociétés locales, la somme nécessaire pour donner l'indemnité journalière de 10 fr. aux sociétés trop éprouvées.

Du reste, tout cela est à étudier.

L'Association générale a fait du bien, elle a ré-

veillé l'esprit de corps chez les médecins ; mais, maintenant, il ne lui est plus permis de se contenter de faire simplement des pensions de 600 fr. à quelques confrères dans la misère ; il faut qu'elle prenne en main cette question d'assurances maladies (et elle ne fera que se conformer à ses statuts, art. 6, 7, 12 et 18).

C'est en 1884 que, pour la première fois, à la dernière séance du *Comité Directeur de la caisse des pensions de retraite* des médecins Français, le Dr Cézilly proposa, à ce comité, la mise à l'ordre du jour de sa prochaine séance, de sa proposition d'adjoindre l'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE au fonctionnement de la *caisse des pensions*.

Depuis 1884 de nombreuses études et propositions ont été successivement exposées et critiquées dans le *Concours médical*.

Il était intéressant d'établir ici l'époque précise à laquelle la question a été introduite dans la presse médicale, par le journal de notre Société.

Si l'Association générale, ce qui est probable, adopte le principe d'assurances-maladie, les médecins malades seront certains d'être indemnisés et secourus ; et cela en vertu d'un droit.

En finissant, je reporte tout l'honneur de ce travail à mes confrères et amis du syndicat ; il n'est que le résumé de nos délibérations.

Nous sommes tous, du reste, suffisamment récompensés en constatant que *la première assurance mutuelle en cas de maladie temporaire a été créée par le syndicat d'Aisne-et-Vesle*, et que c'est de lui qu'est parti le mouvement général d'assurances-maladies, nouvelle étape dans la voie de la dignité, de la solidarité, de l'harmonie confraternelle.

Dr H. LÉCUYER,
Secrétaire du Syndicat d'Aisne-et-Vesle, Secrétaire adjoint de l'Union des Syndicats.

P. S. Le mouvement en faveur de cette question s'accentue. Je viens de recevoir le rapport très intéressant du Dr Surmay, de Ham, l'éminent président de l'association locale de St-Quentin.

Voici les conclusions, qui méritent d'être discutées très sérieusement. Je note simplement en passant que mon confrère préconise également l'autonomie des caisses d'assurances-maladies qui seraient annexées aux sociétés locales.

La Société locale de Saint-Quentin adopte les propositions suivantes qui seront transmises au Conseil général de l'Association des médecins de France.

1° La création des caisses d'assurance contre la maladie est éminemment désirable ;

2° Ces caisses seraient annexées aux sociétés locales et se constitueraient selon leurs convenances particulières ;

3° Elles formeraient par leurs versements statutaires une caisse centrale qui serait annexée aux caisses déjà existantes de l'Association générale ;

4° La caisse centrale dans les conditions fixées par les statuts subventionnerait les caisses locales et les remplacerait quand elles n'existeraient pas dans les cas prévus plus haut (absence de caisse locale).

5° Les membres des sociétés locales pourraient seuls faire partie des associations d'assurance contre la maladie ;

6° L'indemnité journalière serait servie sans autre limite de durée que celle de l'incapacité de travail et même jusqu'à la mort ;

7° Si les réserves le permettaient, il serait donné une allocation aux veuves et aux enfants des associés décédés ;

La société locale invite le conseil général à user de son droit pour provoquer et organiser l'établissement de l'association médicale mutuelle contre la maladie.

Ces conclusions sont adoptées *à l'unanimité*.

Dr H. L.

REPORTAGE MÉDICAL

Au Havre, un client du Dr *de Lignerolles*, prétendant que celui-ci a commis une faute lourde en ne pratiquant pas une opération qui, d'après lui, aurait pu sauver le malade, intente une action contre le médecin. Le tribunal alloue à M. de Lignerolles les honoraires réclamés ; déboute le réclamant et le condamne à 500 fr. de dommages et intérêts, en réparation du préjudice causé par la demande à M. de Lignerolles.

— On vient de découvrir qu'une *Université* ayant son prétendu siège à *Bennington* (Amérique) n'existe que sur des diplômes délivrés moyennant quelques centaines de francs, par des escrocs, émules d'autres universités des Etats-Unis, Philadelphie, etc.

— Au conseil supérieur d'Assistance publique, M. Henri Monod s'est plaint de ce que deux médecins seulement (et pas un seul médecin des bureaux de bienfaisance) n'a recouru à l'étuve de désinfection mise à leur disposition dans un des arrondissements de Paris. La déclaration des maladies contagieuses est bien difficile à faire entrer dans les habitudes, même quand le secret professionnel n'est pas en question. A quand l'*obligation* ?

— On attend toujours que le Conseil municipal et l'Assistance publique se mettent d'accord pour employer à la *construction d'un hôpital* les deux millions légués par Mme *Boucicaut*.

— Dans le département du Nord une commune, Locquignol, a décidé qu'elle payerait les honoraires des médecins et les notes des pharmaciens pour tous les habitants. Nous demandons aux membres du Concours de cette région de nous renseigner à ce sujet et de nous communiquer leurs impressions sur cette organisation. Il n'y a pas grand risque de la voir se généraliser ; néanmoins l'expérience sera intéressante. Nous serions étonnés si les offres au rabais ne se produisaient pas !

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les docteurs BERTRAND, de Nogent-sur-Aube, COLIEZ de Longwy, BÉRAUD, de Constantine, JOURNAL, de Laon, membres de la Société du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues

Douzième année | N° 6 | 8 Février 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'enquête sur l'épidémie que nous avons traversée se poursuit au sein des diverses sociétés savantes et il est intéressant d'enregistrer les opinions qui se font jour.

Pneumonies grippales (1).

M. *Duponchel* du (Val-de-Grâce), se basant sur trois cas qu'il a observés dans son service, pense que les pneumonies qui se sont produites pendant l'épidémie de grippe sont une des manifestations de cette maladie. Les signes tirés de l'examen stéthoscopique étaient bien ceux de la pneumonie fibrineuse ; mais les signes suivants diffèrent de ceux qu'on rencontre d'ordinaire dans cette maladie : pas de crachats rouillés, expectoration muqueuse, filante, aérée, plutôt bronchitique, pas de frisson initial net, malaise de huit à dix jours précédant la pneumonie, marche non cyclique, mais par poussées successives avec oscillations thermiques correspondantes, durée de plus de trois semaines — sueurs nocturnes profuses au déclin, troubles nerveux et lassitude extrême comme dans la grippe. Les trois cas qu'il a observés ont guéri.

Jamais M. Duponchel n'a trouvé de pneumocoques. Aussi pense-t-il, avec Lombard, Malcorps et d'autres, que la pneumonie grippale doit être distinguée de la pneumonie fibrineuse.

M. *Laveran* a vu plusieurs pneumonies analogues et d'autres ayant un caractère plus particulièrement infectieux. On n'a pas trouvé non plus de pneumocoques, mais les streptocoques étaient très communs dans les crachats.

Un cas de pneumonie s'est développé dans le service chez un convalescent de dysenterie ; la pneumonie suppurée, qui fut vérifiée à l'autopsie, s'accompagnait de pneumothorax et de pleurésie purulente. La coïncidence de la pneumonie et de la pleurésie purulente a été observée cinq fois par M. Laveran. Il a vu chez un sujet atteint d'une ancienne endocardite une grippe suivie de pleurésie purulente sans pneumonie, de péritonite suppurée avec une rate ramollie pesant 525 gr. et un foie dégénéré comme dans les maladies *infectieuses*.

Il a observé encore une péritonite suppurée dont la cause n'a pu être déterminée et une myélite ascendante.

Jamais M. Laveran n'a trouvé de streptocoques dans le sang, même au début de la grippe, tandis qu'il en a fréquemment constaté dans les crachats. On peut se demander, mais c'est encore une pure hypothèse, si dans certaines conditions atmosphériques les streptocoques ne joueraient pas un rôle dans la production et l'évolution de la grippe.

M. *Chantemesse* qui, avec M. Widal, a examiné le sang chez huit malades tout à fait au début de la grippe, alors que leur température était de 39 à 40, n'a jamais pu trouver au microscope aucun microbe. Les cultures ont toujours été stériles. Le sang contenait beaucoup de globulins et de leucocytes polynucléés. Il a remarqué chez des grippés avec bronchites une odeur un peu aigrelette et parfois fétide de l'expectoration.

M. *Laveran*, qui a constaté aussi l'abondance des leucocytes dans le sang de ses malades, dit que ce fait pourrait expliquer la facilité et l'abondance de leurs suppurations.

M. *Comby* a fait cinq autopsies de grippe et n'a trouvé qu'une seule fois la rate grosse, chez un malade ayant une phthisie fibreuse avec gros foie, grosse rate et dilatation du cœur droit ; cet homme a succombé le 3e jour de sa grippe dans une syncope qu'a expliquée une thrombose de l'artère pulmonaire. M. Comby ne croit donc pas à l'existence habituelle de la splénomégalie signalée par l'examen clinique, mais non vérifiée à l'autopsie, chez les grippés à Berlin et à Pétersbourg.

(1) Société des hôpitaux, 23 janvier.

M. *Duponchel* n'a pas vu non plus l'hypertrophie de la rate.

M. *Guyot* a vu cependant une rate de 610 gr. chez une infirmière enlevée en 24 heures par une rechute de grippe à allure typhoïde.

M. *Chantemesse* a trouvé une rate hypertrophiée à l'autopsie d'une grippe avec congestion pulmonaire.

Recherches bactériologiques sur la grippe.

M. *Vaillard* a fait avec M. Vincent des recherches bactériologiques, qu'il résume ainsi :

Chez les sujets qui succombent à la grippe, on trouve un streptocoque dans le sang, la rate, le poumon, ou les liquides épanchés. Trois fois sur quatre le streptocoque était seul ; une fois la rate contenait en outre le staphylocoque pyogène.

Dans les empyèmes consécutifs à la grippe on trouve uniquement un streptocoque. Le même streptocoque est constant dans les crachats des grippés.

M. Vaillard est enclin à attribuer un rôle important à ce micro-organisme dans la pathogénie des accidents de la grippe, sans oser affirmer qu'il est la cause même de la maladie. Est-ce un streptocoque différent de celui qui provoque l'érysipèle, l'infection purulente et la fièvre puerpérale ?

M. *du Cazal* a trouvé les streptocoques dans les crachats de 14 malades. Les 11 pneumonies qu'il a observées dans son service du Val-de-Grâce ont été bénignes puisqu'il n'a perdu qu'un malade ; sur ces 11 cas, le pneumocoque a manqué 4 fois.

M. *Netter* a communiqué aussi le résultat de ses recherches bactériologiques : dans une pneumonie lobaire suivie de mort il a trouvé le pneumocoque associé au streptocoque pyogène ; dans une autre pneumonie lobaire, où la mort n'est survenue qu'au bout de trois semaines, il n'a trouvé que le bacille encapsulé de Friedlaender. Peut-être le pneumocoque avait-il existé au début.

Dans une broncho-pneumonie se trouvaient en même temps le pneumocoque et le streptocoque. Comme M. Ménétrier, qui dans sa thèse (Grippe et pneumonie en 1886) a démontré l'identité anatomo-pathologique de la pneumonie grippale et de la pneumonie ordinaire, M. Netter admet que le pneumocoque ne doit pas être mis hors de cause dans la pathogénie des complications pulmonaires de la grippe.

Dans trois otites grippales, M. Netter a trouvé deux fois les pneumocoques, une fois le streptocoque. Ni le streptocoque, ni le pneumocoque ne doivent être considérés comme l'agent pathogène de la grippe ; comme ils se trouvent normalement chez bon nombre d'individus sains, on peut admettre qu'acquérant aux cours de la grippe une virulence exaltée, ils engendrent plus facilement des infections secondaires. Plusieurs fois déjà M. Netter a signalé la variabilité de la virulence du pneumocoque et cette variabilité explique la gravité plus ou moins grande des pneumonies.

M. Chantemesse n'admet pas non plus qu'il y ait entre le streptocoque et la grippe un rapport de cause à effet. Si les streptocoques se rencontrent souvent dans les organes d'individus ayant succombé à la grippe, c'est par suite d'infection secondaire. L'influenza a pour caractère principal de favoriser étonnamment la pénétration et la culture, dans l'organisme, de microbes qui sans elle n'auraient pas pénétré ou auraient été détruits promptement.

Les agents de ces infections secondaires sont les microbes qui se rencontrent chez nous à l'état normal, pneumocoques, streptocoques, staphylocoques. C'est pour une raison semblable qu'on trouve souvent le streptocoque chez les individus morts de scarlatine. Ces infections secondaires jouent sans doute un rôle important dans la gravité de la maladie, mais n'ont aucun rapport avec son principe.

Au début de la grippe, M. Widal et lui n'ont jamais trouvé de microbes dans le sang, même pendant la fièvre ; mais après quelques jours d'une influenza grave chez un individu qui a guéri du

FEUILLETON

CAUSERIES QUOD-LIBÉTAIRES

Entre nous.

On doit imputer sans doute aux médecins la plupart des erreurs, des préjugés et, disons le mot, des bêtises médicales qui ont cours sur la médecine dans les campagnes et même dans les villes ; car, à bien des égards, on n'y est guère moins imbu d'idées saugrenues. Ces idées, on les habille un peu plus proprement ici que là ; mais, au fond, elles sont identiques.

A l'endroit des choses de la médecine, citadins et campagnards ont des superstitions communes et les mêmes préjugés.

Judicium difficile, disait Hippocrate ; le bon sens est rare où que ce soit.

Nous entendons dire quelquefois d'un médecin qu'il *traîne* ses malades. Ce qui signifie qu'il ne les guérit pas ou qu'il ne les fait pas mourir assez vite. On aime généralement beaucoup mieux celui qui vous les expédie *presto et jucunde*, avec conviction et sans y regarder de si près.

Chez les gens du peuple l'expectation n'est pas en odeur de sainteté. Si le Dr Pamphile prescrit ses remèdes avec assurance, c'est donc qu'il doit savoir où il va, apparemment. Et si, au contraire, son confrère Tardif hésite et temporise, c'est pour sûr qu'il ne connaît pas son affaire.

Voilà ce qu'on se dit. On ne voit pas qu'ici chacun obéit à son tempérament et à son caractère. Le premier, de peur de paraître embarrassé, n'a pas craint de courir une aventure ; tandis que l'autre, plus réfléchi, a mieux aimé attendre pour agir qu'il fût assuré de ne rien compromettre, ni sa réputation, ni le malade.

Tout d'abord Pamphile a le beau rôle. Mais les mécomptes inévitables qui ne tarderont pas à se produire, remettront les choses à leur place.

En attendant, on ne manquera pas de dire que Tardif *traîne* ses malades.

Une autre considération peut aussi expliquer cette croyance populaire que certains médecins *traînent* les maladies en longueur.

Dans le vieux temps, on entretenait avec soin la suppuration et les écoulements intentionnellement, en vue de modifier l'économie et d'en faire sortir la mauvaise humeur et les saletés. Et cette

reste, ils ont obtenu avec le sang retiré de la rate par ponction capillaire, des cultures de microcoques non en chaînettes et d'un batonnet. Il n'y avait pas de streptocoques.

Mais c'est surtout la communication de M. le professeur *Bouchard* sur la grippe et ses complications à l'Académie de médecine, qui nous semble avoir bien précisé l'état de nos connaissances sur la question.

Il a pris texte d'une note de M. le Dr Tueffert (de Montbéliard) d'après laquelle la grippe a fait son apparition à Montbéliard le 13 décembre 1889. Avant cette époque, elle sévissait dans les villes avoisinantes, à Neufchâtel, au Locle, à Chaux-de-fonds, à Bienne, à Berne. Le 9 décembre, un habitant de Montbéliard, de passage à Paris, reste une grande partie de la journée dans une infirmerie où étaient soignés des malades atteints de grippe. De retour à Montbéliard, il est frappé par la grippe, le 13. Le 17, ses deux filles sont affectées ; le 19, son fils ; le 20, un ami de ce dernier ; le 21, le pére de cet ami ; le 23, le beau-frère du précédent. Le même jour, la femme du premier malade est atteinte en même temps que trois jeunes gens, parents ou amis des derniers. Ainsi, en dix jours, on a pu suivre l'apparente filiation du mal chez onze personnes.

En même temps, l'importation se faisait par d'autres voies. Le 21, la grippe éclatait chez un négociant qui s'était trouvé cinq jours auparavant à Neufchâtel. Le 22, la maladie était apportée de Soleure par un autre négociant.

Ces faits donneraient à penser que la grippe est contagieuse. Il y a d'autres faits qui viennent confirmer cette manière de voir ; ce sont ceux dans lesquels on voit la maladie procéder par étapes successives, de capitale à capitale ; puis, de la capitale se propager vers des foyers plus restreints. Une ville frontière importante, par exemple, n'a eu la grippe que dix-huit jours après que cette maladie s'était manifestée à Paris, et, pendant dix jours, on a pu suivre exactement la filiation des cas susceptibles d'expliquer la propagation de la capitale à la ville frontière.

M. Bouchard fait suivre cette note des réflexions que voici :

« Si ces divers faits peuvent être démontrés sans contestation, nous devons modifier les notions qui ont cours sur la nature de la grippe, notions qui résultent de l'étude des épidémies antérieures. En ce qui me concerne, j'ai dit que la grippe n'était pas une maladie contagieuse, ni infectieuse, je me garderais bien d'être aussi affirmatif aujourd'hui.

Une question qui se pose en ce moment est celle de savoir si la grippe est due ou non à un microbe. Pour moi, je crois que, si la grippe est due à un microbe, ce microbe doit être un microbe familier, inoffensif d'habitude, mais qui, dans une circonstance particulière, peut ou bien acquérir une virulence qu'il ne possède pas, ou se fixer sur un organisme amoindri, qui ne pourra plus le tolérer.

Les recherches microbiologiques, que j'ai entreprises, m'ont permis de trouver un certain nombre de microbes, non pas dans la grippe, mais dans les affections secondaires, qui constituent l'appareil symptomatique de la grippe.

Or, ces microbes sont au nombre de trois, et tous, à l'état de santé, hantent certaines régions du corps où ils sont inoffensifs.

Le premier de ces microbes est le staphylococcus pyogenes, je l'ai trouvé dans l'herpés fébrile de la grippe ; il avait ses caractéres habituels, et, inoculé à des lapins, amenait la formation d'abcès.

J'ai également trouvé le pneumocoque, il existait dans certaines pneumonies et dans certaines otites.

J'ai trouvé enfin le streptococcus, et il existait surtout dans le pus bronchique, dans les crachats de pneumonies et de pleurésies suppurées, dans la méningite, certaines arthrites et des amygdalites de la grippe.

Or, ce streptococcus est un agent indifférent, sauf quand il passe dans certains tissus. Les cultures de ce microbe ne produisent que des accidents de peu d'importance quand on l'injecte dans le sang d'un lapin, dans son poumon, dans son péritoine ; mais dans le tissu cellulaire de l'oreille,

---

doctrine assez spécieuse, quoique absolument fantaisiste et d'ailleurs assez fructueuse pour l'art de guérir, — elle n'est pas encore tout à fait passée de mode, — cette doctrine était jadis fort en crédit. Il n'est donc pas étonnant que certains médecins en aient profité, — car il y en a eu de malhonnêtes dans tous les temps, — pour éterniser leurs soins chez les clients qui étaient en état de les bien payer.

Ce n'est certainement pas sans des motifs sérieux et sans viser des faits bien établis que, dans l'ORDONNANCE DES CHIRURGIENS, *renouvelée en l'hôtel consistorial de la cité de Besançon*, en 1583, on a inscrit cette prescription :

... Visiter deux fois par jour, les patients... *les accoustrant de bons et doux ongnements, sans y mettre feug, comme font aulcungs à celle fin d'entretenir leurs cures ou pratiquer plus longtemps pour gaigner argent*... (1)

Voilà nos anciens pris la main dans le sac des indélicatesses ! Une conduite pareille autorise en quelque sorte cette manière de voir chez les gens du peuple, que certains médecins traînent leurs malades.

—o—

Colbus vient de mourir. — Tiens ! Et de quoi est-il mort ? — Ne m'en parlez pas. Vos médecins sont de fameux imbéciles. Ils n'ont pas connu sa maladie !...

Connaître la maladie dont quelqu'un se meurt, c'est affirmer que ce quelqu'un est atteint d'une maladie très grave, réputée souvent mortelle, comme la fiévre typhoïde, la fluxion de poitrine, un transport au cerveau, une inflammation du foie, etc. Mais si le médecin n'a pas prononcé le nom d'une de ces affections meurtriéres, c'est qu'il n'a pas reconnu la maladie, ou bien qu'il aura laissé mourir son patient d'un mal sans gravité. Dans l'une et l'autre hypothèse, il n'a été qu'un incapable.

Quand nous sommes appelés auprès d'un malade, on nous demande, souvent avec anxiété : Est-ce le croup ?... Est-ce une fluxion de poitrine ?... etc. Si nous répondons négativement

(1) POLICE DU NOBLE HOTEL CONSISTORIAL DE LA CITÉ DE BESANÇON DÉPARTIE EN NEUF LIVRES OU SE VOYENT BIEN ET DEHUEMENT RÉGLÉS TOUS LES ESTATS Y ESTANS. (Titre V *de Sanitate corporis*, Manuscrit relié in-folio MDLXX XIII.)

il produit un érysipèle manifeste, avec suppuration.

Ce fait, qui rapproche l'érysipèle des complications de la grippe, nous fait souvenir de la coïncidence fréquente des épidémies de grippe et d'érysipèle. Il nous permet de supposer que le même organisme peut produire soit la grippe, soit l'érysipèle.

En ce qui concerne les pneumonies si fréquentes dans la grippe, et que l'on a désignées, pour cette cause, sous le nom de pneumonies grippales, je crois pouvoir dire qu'il s'agit, en pareil cas, d'une pneumonie vulgaire et non d'une pneumonie spécifique ; c'est la pneumonie dans la grippe.

Elle se produit parce que, sous l'influence de la grippe, comme sous l'influence de beaucoup d'autres causes, les défenses de l'organisme contre l'envahissement microbien viennent à fléchir, parce que la phagocytose est entravée, certaines cellules chargées de nous défendre de cet envahissement nous défendent moins bien ou se laissent surprendre par le microbe. C'est alors que la pneumonie apparaît.

Ces pneumonies vulgaires n'en sont pas moins contagieuses, sinon au début, du moins au bout d'un certain temps, alors que le microbe qui leur donne naissance a pu, par des cultures successives dans des poumons malades, acquérir une virulence qu'il ne possédait pas tout d'abord ou, tout au moins, exalter une virulence jusque-là obscure.

C'est parce que la virulence du microbe de la pneumonie augmente au fur et à mesure du développement de l'épidémie, que la contagiosité des pneumonies de la grippe augmente parallèlement. C'est pour cette cause encore, que dans les derniers temps de l'épidémie de grippe, alors que celle-ci semble près de disparaître, par contre, les pneumonies infectieuses persistent et sont même plus fréquentes que lorsque l'épidémie de grippe était dans toute sa puissance.

Sous une autre forme, je dirai que ce qui est contagieux ici, ce n'est pas la nature épidémique de la maladie, mais l'exaltation de la nocivité de micro-organismes qui, en quittant leur habitat normal, acquerront une virulence qu'il gardent ensuite pendant un certain temps.

En résumé, j'ignore si la grippe est contagieuse ou infectieuse, mais ce qui est certain, c'est que, dans la grippe, il survient un élément infectieux qui résulte, soit de la diminution de la défense de l'organisme, qui peut laisser passer des agents qui jusqu'alors n'étaient pas pathogènes, soit de l'exaltation de la virulence de micro-organismes qui, jusqu'alors, habitaient en nous sans danger. »

Diverses formes cliniques de la grippe infectieuse.

M. *Huchard* a décrit un certain nombre d'accidents de la grippe maligne infectieuse.

Dans la grippe broncho-pulmonaire, outre les bronchites, broncho-pneumonies, pneumonies catarrhales et pneumonies franches qui sont bien connues, il faut tenir compte des accidents de paralysie bronchique ou pulmonaire, d'une sorte de broncho-plégie qui produit l'asphyxie sans signe de congestion ni de bronchite et qui nécessite une médication spéciale. Les expectorants sont alors défavorables ; l'alcool, le quinquina, les injections de caféine, d'éther, de strychnine conviennent au contraire.

La congestion pulmonaire se manifeste sous deux formes principales, congestion active, hémoptoïque ou passive, atélectasique. Cette dernière est bilatérale, siège presque toujours aux bases ; très tenace, elle est une cause d'appel pour des complications plus graves à la moindre imprudence du malade.

Chez les grippés certains symptômes se montrent comme chez les animaux dont on a coupé les pneumogastriques. Ils ont des congestions pulmonaires et des pneumonies vago-paralytiques, et l'asthénie du système nerveux permet d'admettre une forme bulbaire de la maladie.

La grippe cardiaque se manifeste par des lipothymies ou syncopes, la lenteur du pouls, l'arythmie, les intermittences, le collapsus, accidents

---

et qu'ensuite ce malade succombe, c'est que nous n'avons pas *connu* sa maladie ; comme si on ne pouvait pas mourir d'autre chose, d'un mal dont le nom n'apprend pas grand chose aux assistants et partant qu'il est inutile de leur faire connaître.

Cette fausse idée se forme dans le peuple en suite de l'exagération ou de la légèreté avec laquelle beaucoup de médecins formulent leur diagnostic. Il suffit qu'un malade soit pris de fièvre, qu'il accuse un point de côté, pour que ces hommes habiles, gens de précaution, déclarent que ce malade est atteint de pneumonie ; ou, s'ils ont aperçu sur les amygdales d'un enfant fébricitant un enduit suspect, pour qu'ils dénoncent le croup. Et, de cette façon, quoi qu'il advienne, leur responsabilité sera mise à couvert.

Si le patient est remis sur pied, après quelques jours de régime et de repos au lit, ils auront l'honneur d'une cure inespérée ; et, si l'état s'aggrave, au contraire, leur réputation sera sauve. Ils croient cela du moins.

Un médecin soucieux de sa dignité devrait éviter à tout prix ces affirmations prématurées, qui sont des agissements charlatanesques. Car une méprise aussi grossière, si elle se répétait, serait de nature à entacher son caractère professionnel.

On ne doit se permettre qu'à bon escient d'affirmer l'existence de maladies aussi graves, et seulement quand elles sont bien déclarées.

Quelle honte en effet pour nous, si, après avoir porté un pareil jugement, si, après avoir et sans utilité, alarmé une famille et jeté le trouble et le découragement au cœur des parents, on est obligé de reconnaître que nous nous sommes trompés et si on peut supposer, je dis qu'on peut, que nous avons fait cela un peu intentionnellement, dans un but de prudence cauteleuse et pour nous mettre à l'abri de tout événement !

J'ai commis plus d'une fois la faute contraire, gardant pour moi les inquiétudes poignantes que me causait l'état d'un malade, serrant mes craintes, sauf à me faire taxer injustement d'imprévoyance ou d'inattention. Mais j'étais sûr au moins que, si ma capacité pouvait être mise en doute, ma probité et mon bon cœur ne pourraient pas l'être.

C'est l'important.....

D[r] P.

(A suivre.)

d'angor pectoris. M. Huchard signale encore ce qu'il appelle le « pouls instable, » qu'on retrouve d'ailleurs dans tous les états adynamiques : le pouls, qui est normal comme rythme et fréquence quand le malade est dans le décubitus dorsal, peut monter de 80 à 120 dès que le malade se met sur son séant. ; c'est un signe de débilité cardiaque. Ces accidents ne doivent pas être attribués à une myocardite, bien que celle-ci puisse exister dans la grippe comme dans tous les états infectieux, mais à des troubles de l'innervation du cœur, d'origine bulbaire ; le Dr Vovart (de Bordeaux) avait déjà considéré dès 1881 la grippe comme une sorte de névrose du pneumogastrique.

La grippe gastro-intestinale revêt parfois la forme d'un embarras gastrique infectieux, tenace, avec gros foie et grosse rate, garde-robes fétides, quelquefois albuminurie, prostration extrême. Il y a derrière cet état gastrique une infection et une intoxication qu'il faut combattre par la stimulation des émonctoires et l'antisepsie intestinale. L'examen des urines a montré souvent dans ces cas la diminution des phosphates et de l'acide phosphorique dans les urines. De là peut-être l'indication de prescrire des phosphates et du phosphure de zinc pour tonifier les centres nerveux.

M. *Ferrand* voit dans l'accablement et la courbature du début, la neurasthénie profonde qui suit et les sueurs profuses intermittentes de la convalescence la preuve d'une atteinte générale portée à tout le système nerveux (encéphale, moelle et sympathique) et non pas seulement au bulbe, comme paraît l'admettre M. Huchard. Comme congestions pulmonaires, M. Ferrand a observé des formes actives et localisées, et non pas passives et généralisées.

M. *Huchard* proteste qu'il n'a nullement voulu localiser toujours la grippe dans le bulbe ; elle s'y localise seulement quelquefois.

MÉDECINE PRATIQUE

La neurasthénie

(Ses causes, ses relations pathogéniques et son traitement).

Un de mes lecteurs m'a demandé de prendre la neurasthénie comme sujet d'article. Je souscris volontiers à ce désir, et, comme je le fais en pareil cas, je viens de relire les travaux les plus notables publiés sur la question dans ces dernières années. Mais cette lecture m'a fort découragé, en me prouvant qu'il est presque impossible de condenser un tel sujet dans les limites d'un article de journal.

En effet, les troubles morbides qu'on englobe sous le nom de neurasthénie sont tellement nombreux et variables qu'on ne peut les réduire en un schéma, — ce qui est le procédé habituellement employé pour faire tenir la description d'une maladie dans les limites d'une courte Revue.

Les écrivains, qui sont arrivés dans des mémoires spéciaux ou dans des traités de neurologie à donner l'idée la plus exacte de la neurasthénie, n'y ont réussi qu'en faisant défiler devant le lecteur une série de tableaux cliniques ; je ne puis les imiter, faute de place.... et aussi de talent ; car il faut une plume singulièrement descriptive pour rendre supportables de pareils croquis. Je renonce donc à la prétention de donner une description complète de la neurasthénie et je me contenterai d'exprimer à son sujet quelques réflexions qui m'ont été inspirées par mes lectures et par la pratique. Elles auront trait à la relation de la neurasthénie avec divers états morbides qui ont été envisagés tantôt comme ses causes ou tantôt comme ses conséquences, et surtout à la meilleure ligne de conduite que le médecin puisse suivre quand il est appelé à soigner un neurasthénique.

J'ajoute que ceux des lecteurs qui voudront lire sur la question les travaux les meilleurs devront consulter :

La célèbre monographie de *G. Beard* (de New-York) : Neurasthenia, nervous exhaustion, ou sa traduction allemande : *Die Nervenschwäche*, par Neisser. Leipzig 1883.

La traduction française du Mémoire de *Weir Mitchel* : Traitement de la neurasthénie ; trad. par M. O. Jennings. Paris 1883.

Les cliniques de M. Charcot, la 2me édition du Traité des Névroses d'Axenfeld, revue par M. Huchard, et, pour avoir encore mieux la quintessence des acquisitions les plus récentes, un mémoire remarquable publié dans la *Province médicale* (de Lyon) à partir du 19 octobre 1889 par M. L. *Bouveret*.

I

La définition de la neurasthénie n'est pas facile à donner ; les nombreux synonymes qu'elle a eus depuis qu'on l'étudie donnent une idée de ses principaux aspects : cachexie nerveuse, diathèse nerveuse, marasme nerveux, surexcitation nerveuse, névrose protéiforme (Cerise), névrosthénie, faiblesse nerveuse, faiblesse irritable du système nerveux, fièvre nerveuse, hyperesthésie générale (Monneret), névralgie générale (Valleix), forme dépressive de l'irritation spinale (Franck et Rosenthal), névropathie cérébro-pneumogastrique, cérébro-cardiaque (Krishaber), cérébro-gastrique (Leven), nervosité, névrospasmie (Brachet), nervosisme (Bouchut), état nerveux (Sandras), épuisement nerveux, — chacune de ces appellations répond à un des aspects cliniques, mais est insuffisante ; celle de neurasthénie a le même défaut.

La conquête réelle des contemporains a été de séparer la neurasthésie de l'hystérie ; M. Charcot et ses élèves, en précisant les caractères fondamentaux de ces deux états nerveux, ont délimité la question.

L'hystérie a ses *stigmates* : les anesthésies sensitivo - sensorielles, surtout l'anesthésie du pharynx, la dyschromatopsie, le rétrécissement concentrique du champ visuel, l'ovarie, les tremblements, la facile production des contractures (diathèse de contracture).

La neurasthénie a les siens, moins nets, parmi lesquels cependant la fréquence très grande d'un mal de tête à sièges spéciaux, frontal et occipital, donnent au malade la sensation d'un casque qui lui serre la tête et surtout la nuque (céphalée en casque), l'insomnie, la dépression morale, l'affaiblissement général de la motilité et les symptômes d'atonie gastro-intestinale.

La neurasthénie doit être considérée comme distincte de l'hystérie, parce que, si les stigmates des deux peuvent coexister chez un même indivi-

du, ils se voient isolés chez des individus différents et chez le même à des époques différentes.

Si les deux névroses ont un terrain commun et des causes à peu près communes, elles n'en restent pas moins distinctes au point de vue de la nosologie ; leur marche et leur durée, leur thérapeutique même, jusqu'à un certain point, justifient cette distinction.

« A défaut de renseignements que l'anatomie pathologique et l'expérimentation ne peuvent nous fournir dans une maladie purement fonctionnelle du système nerveux, l'observation clinique, dit fort justement M. Bouveret, nous autorise à attribuer les symptômes propres aux états neurasthéniques à un trouble intime de la nutrition des éléments du système nerveux (Erb), à un appauvrissement de la force nerveuse, à un défaut d'équilibre entre l'usure et la réparation des éléments nerveux (Beard), et surtout, du moins dans les formes cérébrales, à un affaiblissement durable de ces centres nerveux supérieurs qui gouvernent et modèrent l'activité des autres centres nerveux, encéphaliques, médullaires et sympathiques.

C'est sans doute de l'insuffisance de cette influence modératrice que procède l'exagération apparente du pouvoir réflexe dans les centres de la vie de relation et de la vie organique, exagération qui joue un si grand rôle dans la pathogénie de la plupart des symptômes neurasthésiques. Des excitations légères, qui dans un système nerveux bien équilibré s'épuisent rapidement et s'évanouissent sans provoquer aucune réaction, peuvent au contraire, dans un système nerveux frappé d'épuisement, susciter des actes réflexes nombreux, variés, souvent fort éloignés et d'une énergie tout à fait hors de proportion avec le degré de l'excitation elle-même. C'est ainsi que nous pouvons comprendre comment des symptômes d'excitation figurent si fréquemment dans le tableau clinique de la neurasthésie.

Cette débilité de la force nerveuse, véritable caractéristique de la maladie, n'est point fatalement associée à l'appauvrissement du sang et avec beaucoup de raison Beard insiste sur cette indépendance de la neurasthénie et de l'anémie. L'appauvrissement du sang est plus souvent peut-être la conséquence que la cause de l'appauvrissement de la force nerveuse.

Les troubles circulatoires tiennent pourtant une grande place parmi les symptômes de l'épuisement nerveux. Le système vaso-moteur et l'appareil d'innervation du cœur sont presque toujours chez les neurasthéniques dans un état d'équilibre instable. De là, sous l'influence d'excitations de nature et d'origine fort variables, des perturbations de l'activité du cœur, des congestions et des anémies locales. Ces troubles des circulations périphériques sont très manifestes à la peau, sur les muqueuses et dans la rétine. Des troubles analogues existent vraisemblablement dans les organes profonds et particulièrement dans les diverses régions du système nerveux, dans le cerveau et la moelle épinière. De là le développement de congestions et d'anémies cérébrales et médullaires, dont les symptômes se mêlent à ceux de la neurasthénie elle-même. Ainsi s'explique l'erreur des pathologistes qui méconnaissent l'existence de l'épuisement nerveux et en rejettent tous les symptômes dans le tableau clinique de la congestion ou de l'anémie de la moelle et du cerveau.

Les troubles digestifs et ceux des organes génitaux jouent également un grand rôle dans le tableau clinique de l'épuisement nerveux. Mais c'est encore une erreur d'interprétation que de les considérer comme le point de départ constant de tous ces troubles fonctionnels du système nerveux dont l'ensemble constitue la neurasthénie. S'il est vrai que certaines formes de cette névrose ont leurs origines dans une lésion ou dans une perturbation fonctionnelle de l'appareil digestif ou des organes génitaux, il n'en est pas moins certain que le plus souvent les troubles gastro-intestinaux et génitaux sont secondaires et dominés, eux aussi, par cette modification première dont la nature intime nous échappe et que nous sommes réduits à considérer comme un trouble de la nutrition intime des éléments nerveux. »

J'ai cru devoir citer textuellement ce passage de l'étude de M. Bouveret ; car c'est une analyse fort précise des troubles multiples que présentent les neurasthéniques et l'enchaînement que cet observateur admet est satisfaisant ; je trouve cependant qu'il fait trop petit le rôle pathogénique des troubles digestifs.

Je dirai que, s'il est impossible de considérer le mauvais fonctionnement de l'appareil digestif comme la cause primordiale de toute neurasthénie, il ressort de l'observation attentive des faits que l'atonie gastro-intestinale et la dyspepsie sont très souvent l'intermédiaire nécessaire entre la prédisposition nerveuse héréditaire et la neurasthénie acquise.

Car, en admettant avec Erb, avec Beard, avec M. Bouveret, que la neurasthénie est un trouble de la nutrition, je dis que le facteur capital de la nutrition bonne ou mauvaise de tous les tissus, c'est l'assimilation correcte d'une quantité suffisante d'aliments de bonne nature convenablement digérés.

Je dis de plus que, du jour où les troubles digestifs et l'atonie gastro-intestinale sont constatés chez un neurasthénique, ne fussent-ils pas primitifs, ils doivent être pris en considération plus que tout autre syndrôme au point de vue de la conduite thérapeutique.

II

Beard considérait la neurasthénie comme une affection essentiellement américaine (american nervousness). Elle est, paraît-il, extrêmement répandue dans ce pays où la civilisation s'est développée avec une rapidité et une intensité excessive, où l'on travaille et où l'on jouit avec excès, mais il ne faut pas oublier que l'hygiène alimentaire y est aussi généralement déplorable, qu'on y fait abus des excitants et des toniques factices, comme l'alcool et le thé, sans distinction d'âge et de sexe, et que, si on surmène son système nerveux, on ne surmène guère moins son appareil digestif.

Il faut reconnaître sans doute à l'hérédité une part capitale dans la préparation à la neurasthénie; on retrouve chez les ascendants et les collatéraux des neurasthéniques soit la neurasthénie elle-même, soit une des affections nerveuses dont le groupement familial a été si évidemment démontré par l'école de la Salpêtrière: hystérie, épilepsie, vésanies, paralysie générale, scléroses diverses de la moelle.

On y trouve aussi des troubles généraux de la nutrition tels que ceux qui résultent de l'alcoo-

lisme, de la goutte et du rhumatisme chronique ; la neurasthénie, dit M. Huchard, est dans la plupart des cas une névrose arthritique. Mais n'en pourrait-on pas dire autant de la plupart des névroses?

On peut hériter seulement d'une prédisposition à la neurasthénie, et celle-ci peut n'éclater que sous l'influence immédiate d'une cause occasionnelle ; mais la neurasthénie peut aussi être héritée directement sous la forme similaire, et il n'est pas rare d'observer l'épuisement nerveux chez des enfants de neurasthéniques dès la seconde enfance ou à la puberté, sans cause appréciable autre que l'hérédité, la croissance jouant peut-être le rôle de cause occasionnelle. Les formes héréditaires de la neurasthénie sont, M. Bouveret le fait remarquer fort justement, les plus tenaces et les plus rebelles au traitement.

A côté de la prédisposition des Américains à cette névrose, on a noté celle des Juifs et des Slaves ; mais ces races sont, comme l'a toujours enseigné M. Charcot, un terrain de prédilection où se plaît à merveille ce qu'un poète a appelé « le troupeau des névroses », cela en vertu probablement des conditions particulières de leur développement historique.

L'influence des professions est capitale pour les hommes : toutes celles qui nécessitent une somme considérable de travail intellectuel et créent des préoccupations constantes par le souci inévitable de graves responsabilités pécuniaires ou morales, négociants, industriels, financiers, spéculateurs et surtout médecins, paient un lourd tribu à la neurasthénie. Mais je ferai remarquer encore à ce propos que dans toutes ces professions, par suite de l'excès du travail et de la tyrannie quotidienne d'obligations sans cesse imprévues, l'irrégularité des heures des repas et le dédain des autres règles de l'hygiène alimentaire ouvrent une large part à l'influence pathogénique du surmenage gastrique en dehors même du surmenage intellectuel.

Dans le sexe féminin les facteurs les plus fréquents de la neurasthénie sont : d'abord, une éducation mal comprise, développant avec excès les facultés affectives, la tournure d'esprit romanesque et mystique au préjudice de la logique et de la volonté, — cette influence pouvant conduire à l'hystérie comme à la neurasthénie, — ce sont surtout les troubles qu'apportent d'ordinaire avec elles les crises de la vie féminine, l'établissement de la menstruation, la chlorose, le mariage, la grossesse, l'accouchement et la ménopause, sans compter les veilles causées par les bals, le théâtre, les réunions mondaines dans la classe aisée.

Dans les deux sexes il faut tenir compte, au point de vue de l'étiologie de la neurasthénie, des chagrins causés par la maladie et la perte des êtres aimés, des troubles de nutrition qui suivent les maladies aiguës graves et infectieuses, particulièrement de celles qui frappent surtout le système nerveux. L'occasion est propice pour signaler la fréquence extrême des cas de neurasthénie aiguë ou des rechutes de neurasthénie ancienne chez les individus qui ont eu la grippe dans l'épidémie récente.

Toutes les excitations prolongées et excessives du système nerveux cérébro-spinal dans l'ordre sensitif ou dans l'ordre de la motricité, soit par les excès génitaux (onanisme, abus sexuels des jeunes mariés), soit par des exercices purement musculaires, si les pertes matérielles des tissus qui font le travail mécanique ne sont pas compensées par une alimentation et une digestion convenables. M. Bouveret cite le cas d'un forgeron surmené depuis dix ans dans un atelier de métallurgie qui devint neurasthénique, sans qu'on pût trouver chez lui ni antécédents nerveux héréditaires ni alcoolisme ; je puis citer un cas tout semblable que je viens d'observer chez un professeur de gymnastique.

Certains poisons exercent une action manifestement épuisante sur le système nerveux, quelquefois d'emblée, plus souvent après une période d'excitation : les alcooliques, les grands fumeurs, les morphinomanes, les éthéromanes et cocaïnomanes, les saturnins, les mercurialisés sont souvent atteints de neurasthénie ou d'hystérie. Pour certains de ces poisons, l'alcool, la morphine, le problème est complexe, car on peut dire que tous les névropathes par hérédité sont enclins à abuser de ces excitants ; mais pour l'intoxication professionnelle par le plomb et le mercure, il est bien évident, depuis les travaux de Charcot, de Letulle, de Brissaud, que ces poisons sont des agents provocateurs de l'hystérie toxique, ajoutons aussi de la neurasthénie.

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Le traitement électrique de l'occlusion intestinale.

Indications. — Technique. — Résultats.

I

Le traitement électrique de l'occlusion intestinale a si souvent donné de bons résultats qu'il mérite d'être essayé dans les diverses formes aiguës et chroniques de cette affection. Mais ses indications n'en sont pas moins variables pour chacune de ces formes.

Dans les premières il ne faut ni multiplier ni prolonger outre mesure les tentatives. Après un ou deux essais infructueux il faut recourir au traitement chirurgical: laparotomie ou anus contre nature. Les accidents aigus d'occlusion intestinale résultent, en effet, dans la plupart des cas, d'un véritable étranglement (invagination, torsion de l'intestin, compression sur une bride ou dans un orifice accidentel). — Si les contractions produites par l'électricité n'ont point amené au début la cessation de l'étranglement, les chances de l'obtenir sont encore plus faibles dans les séances ultérieures à mesure que les adhérences s'établissent. C'est dans ces formes d'ailleurs que l'intervention chirurgicale donne les plus beaux succès, que la laparotomie en particulier permet assez facilement de remédier à l'invagination, au volvulus, à l'étranglement interne qui cause les accidents. Il faudrait d'autant moins s'attarder au traitement médical, ainsi que l'a montré Peyrot (1) les succès sont en proportion de la précocité de l'intervention.

Dans les occlusions chroniques les résultats de l'opération sont moins brillants. Les causes les plus ordinaires de cette occlusion sont en effet l'obstruction produite soit par des matières fécales, soit par des corps étrangers, l'obstacle résultant d'un rétrécissement le plus souvent cancéreux, enfin la paralysie de l'intestin. — On doit

(1) Thèse d'agrégation de chirurgie, 1880.

presque toujours se contenter de l'établissement de l'anus contre nature. Il est rare que même dans la forme d'occlusion chronique la plus favorable, l'invagination, l'opération puisse lever l'obstacle. — L'anus contre nature constitue une infirmité trop pénible pour qu'on le pratique avant d'avoir longuement insisté sur les autres modes de traitement. — D'autre part, les séances d'électrisation répétées offrent des chances de succès surtout dans les accumulations de matières et les paralysies.

En clinique ces indications schématiques offriront d'ailleurs des variations infinies. — Il est des cas où l'électrisation se trouve d'emblée contre-indiquée, soit par l'état du malade, soit par la connaissance exacte de la cause de l'occlusion. — L'existence d'une péritonite n'offre plus de ressources que par l'intervention chirurgicale. Bien que l'électrisation ait même dans ces cas désespérés donné quelques succès, son emploi ne saurait être conseillé, car il expose à produire ou à compléter une perforation intestinale. — Certaines causes d'occlusion, réduction en masse de hernie, corps étranger irrégulier avalé, rétrécissement très serré, appellent aussi l'opération. — Mais dans les cas les plus fréquents, l'électrisation, essayée, sans insistance dans les formes aiguës, avec plus de persévérance dans les formes chroniques, n'en constitue pas moins un des modes de traitement les plus inoffensifs et les plus efficaces de l'occlusion intestinale.

II

Les courants employés dans le traitement de l'occlusion intestinale ont été tantôt les courants d'induction (Duchenne), tantôt les courants continus (Boudet), tantôt simultanément les courants continus et les courants d'induction (Onimus).

La technique de l'emploi des courants d'induction est fort simple. Un des pôles est appliqué dans le rectum au moyen d'un excitateur olivaire, l'autre sur le ventre au moyen d'un tampon humecté d'eau salée. Bucquoy (1) recommande de commencer par les courants les plus faibles et de n'appliquer que très légèrement d'abord le rhéophore humide sur la paroi abdominale. Grâce à ces précautions, l'électrisation a été très facilement supportée sans douleur, sans lutte et sans cris par des enfants âgés de sept mois, 3 ans 1/2 et 14 ans.

L'emploi de la bobine à gros fil sera toujours moins douloureux que l'emploi de la bobine à fil fin. Le trembleur de l'appareil sera réglé de façon à donner le minimum d'intermittences. Les séances faites matin et soir auront une durée de dix minutes chacune.

L'emploi des courants continus, plus répandu et semblant plus régulièrement efficace que celui des courants d'induction, est fait presque exclusivement par l'ingénieux procédé de Boudet, de Paris. Voici sa technique (2), qui est, elle aussi, loin d'être compliquée.

La pile doit comporter une vingtaine d'éléments et pouvoir fournir un courant de 10 milliampères (minimum) à 50 (maximum). Dans un cas d'urgence Boudet, de Paris (3), a d'ailleurs pu obtenir un succès avec un simple élément Leclanché servant à actionner la sonnerie électrique d'une maison de campagne.

Le pôle négatif est mis en communication avec une plaque humide posée sur le ventre ; le pôle positif avec une sonde spéciale placée dans le rectum. Cette sonde en gomme renferme dans son intérieur un tube métallique qui n'arrive point tout à fait jusqu'à l'extrémité. En lançant par ce tube un lavement d'eau salée, cette eau traversant le tube uni au rhéophore s'électrise et va disséminer au loin sur la muqueuse le courant électrique. Cette dissémination, outre qu'elle assure une action plus énergique, diminue beaucoup le danger des escbares par l'action chimique du courant.

La sonde conductrice doit être introduite aussi loin que possible dans le rectum. Le lavement d'eau salée doit être injecté avec une grande lenteur.

Il est bon de promener doucement sur le ventre la plaque humide. Il est surtout utile de renverser après cinq à six minutes de passage le sens du courant. Pour cela, la manette du collecteur de la pile est tout d'abord ramenée au zéro. Le renversement s'opère soit en changeant les fils de trous, soit au moyen du renverseur du courant dont les appareils médicaux sont d'ordinaire munis. Dès que la manette est ramenée au chiffre primitif, le passage du courant renversé détermine d'habitude un besoin violent d'aller à la selle. De nouveaux renversements sont faits à deux ou trois minutes d'intervalle jusqu'à ce que le besoin devienne irrésistible. Le malade essaye alors d'aller à la garde-robe. Il est assez rare d'obtenir une débâcle vraie après la première séance. Le plus souvent le malade rend le lavement seul ou à peine teinté par les matières. Une nouvelle tentative est alors faite après sept ou huit heures de repos. En deux jours on fera donc quatre à cinq séances de vingt minutes chacune. Tant qu'il n'y a pas eu débâcle abondante, l'expulsion de quelques matières ne doit point faire interrompre le traitement.

La technique du procédé mixte par les courants continus et induits consiste simplement à électriser au moyen du courant d'induction la paroi abdominale, pendant qu'on fait passer le courant continu dans l'intestin. C'est qu'en effet le courant continu qui fait énergiquement contracter les fibres lisses de l'intestin, n'a point d'action sur les fibres striées des muscles de la paroi. La réunion simultanée des deux courants assure seule l'excitation des fibres musculaires de l'intestin et des fibres musculaires de la paroi abdominale.

III.

Le nombre des guérisons obtenues par chacun de ces procédés est assez considérable. Toutefois c'est le procédé de Boudet, de Paris, qui paraît avoir donné les résultats les plus satisfaisants. Dans la stastitique de Boudet, le chiffre des succès atteint 70 %. Dans la statistique de Larat, on rencontre vingt-quatre cas de guérisons complètes, six cas où, la débâcle ayant été obtenue, la mort est néanmoins survenue soit par épuisement, soit par péritonite, soit par cachexie, et enfin six échecs complets dans des occlusions par hernie méconnue ou cancer de l'intestin. Des guérisons ont même pu être obtenues chez des

(1) *Journal de thérapeutique*, 1878.

(2) Hérard. Rapport sur le mémoire de M. Larat, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1889, n° 28.

(3) *Electricité médicale*, 1889, p. 152.

malades offrant déjà des phénomènes très nets de péritonite.

Les courants induits, malgré les succès qu'ils ont, eux aussi, donnés, sont aujourd'hui moins employés que les courants continus. D'après Hérard, ils conviendraient dans les étranglements aigus, survenant brusquement, alors qu'il s'agit d'imprimer aux parois abdominales des contractions rapides qui déterminent une sorte de massage du paquet intestinal. Ils semblent moins appropriés aux formes d'occlusion à marche lente avec parésie intestinale dans lesquelles l'indication dominante est de rétablir la tonicité des muscles lisses affaiblis. » (1)

Deux objections ont été faites au traitement électrique de l'occlusion. Ce traitement, a-t-on dit, peut, en faisant contracter l'intestin, déterminer une perforation mortelle. En retardant l'intervention chirurgicale, il est, quand il n'amène pas la guérison, extrêmement nuisible, l'opération tardive se faisant dans des conditions beaucoup moins bonnes de succès.

La production de perforation à la suite de lavements électriques est certainement possible, mais cet accident semble exceptionnel. Hérard croit qu'il doit être « beaucoup plus à redouter à la suite des injections forcées du siphon d'eau de Seltz, si fréquemment employé. » Ni Boudet, de Paris, ni Larat, n'ont jamais observé cet accident. Sa possibilité théorique ne suffit donc pas à faire rejeter une méthode dont les bons résultats pratiques sont incontestables.

La deuxième objection n'a de valeur qu'en ce qui concerne les tentatives de guérison radicale par la laparotomie. Il est certain que, quand l'opérateur peut espérer lever complètement l'obstacle, quand il se trouve dans les conditions d'aides, d'outillage, d'installation nécessaires pour pratiquer une laparotomie antiseptique, il lui est permis, dans un cas aigu, d'opérer sans s'attacher à tenter d'autre traitement. En pratique, ces conditions sont-elles bien fréquentes ? Devant les danger d'une laparotomie qui ne serait point faite par un chirurgien parfaitement exercé, aidé et installé, n'aura-t-on point souvent lieu de préférer le traitement électrique?

En ce qui concerne l'anus contre nature, la deuxième objection est entièrement inadmissible (2). L'anus contre nature constitue une infirmité tellement pénible, les cas où cette infirmité n'est que passagère sont tellement rares qu'on ne peut le regarder que comme une ressource ultime, qui ne saurait être proposée qu'en dernière ressource, après avoir épuisé tous les autres modes de traitement.

Dr A. F. Plicque.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Des obligations militaires des médecins civils

Par M. le Dr Henry Munier, médecin-major au 8e bataillon de chasseurs à pied (3).

(*Suite et fin.*)

Revenons à notre point de départ, à savoir le passage des docteurs en médecine dans la réserve ou l'armée territoriale.

(1) Hérard, *loco citato*, p. 21.
(2) *Loco citato*, p. 20.
(3) Voir le numéro 4.

Les médecins, comme les autres citoyens, suivent le sort de leur classe, c'est-à-dire qu'ils font partie de l'armée active et de sa réserve pendant 10 ans, de l'armée territoriale pendant 6 ans, de la réserve de l'armée territoriale pendant 9 ans. Ils sont donc, en général, à la disposition du Ministre jusqu'à l'âge de 45 ans.

Sur leur demande, ils peuvent être maintenus dans les cadres de l'armée territoriale après avoir accompli les 25 années de service imposées par la loi. Dans ce cas, ils peuvent être promus au grade immédiatement supérieur, s'ils possèdent l'aptitude physique indispensable pour faire campagne. Ils sont maintenus dans l'armée territoriale jusqu'à l'âge de 65 ans pour les principaux et majors de 1re classe, jusqu'à l'âge de 60 ans pour les autres.

Il va sans dire que les médecins de réserve et de territoriale sont astreints aux obligations communes, c'est-à-dire s'ils se déplacent pour changer de domicile ou de résidence, ils doivent prévenir dans le délai d'un mois la gendarmerie de leur nouveau séjour. S'ils se déplacent pour voyager pendant plus d'un mois, ils doivent, avant leur départ, prévenir la gendarmerie de leur résidence. S'ils vont se fixer à l'étranger, ils préviennent, à leur arrivée, l'agent consulaire de France.

IV. — Il ne me reste plus qu'à vous indiquer les ressources offertes aux médecins civils qui, quittant l'armée à 45 ans, désirent néanmoins, en cas de guerre, donner leurs soins aux malades et blessés militaires.

Vous connaissez déjà les principes émis par la Convention de Genève et les Associations de secours qui en ont été les résultats directs. Aujourd'hui, ces Associations de secours en France sont au nombre de trois : la *Société française de secours aux blessés des armées de terre et de mer*, l'*Union des Femmes de France* et l'*Association des Dames françaises*. M. le docteur Bouloumié est en instances pour créer une quatrième société : celle des *Brancardiers de frontière*. Les trois sociétés énumérées plus haut sont reconnues d'utilité publique ; elles sont personnes civiles, peuvent recevoir des legs et ester en justice.

Je n'ai pas à examiner ici les avantages et les inconvénients de cette multiplicité de sociétés ; j'estime, pour mon compte, qu'il y aurait profit à ce qu'elles fussent fondues en une seule, et je crois qu'en cas de guerre cette fusion se fera inévitablement soit par la force des choses, soit sous la pression de l'autorité militaire.

Quoi qu'il en soit, les trois sociétés existent, elles fonctionnent, elles rendent des services inappréciables, et c'est à vous qu'elles s'adressent pour le recrutement de leur personnel médical.

Bien qu'ayant le même but et les mêmes aspirations, ces trois sociétés diffèrent l'une de l'autre par plus d'un détail. Ainsi, la *Société française de secours aux blessés* est exclusivement militaire ; son personnel, son matériel, ses ressources, ses dons sont uniquement destinés aux soldats. Les deux Sociétés de Dames sont plus universelles : elles se proposent non seulement de secourir les blessés militaires, mais encore de venir en aide aux blessés civils dans les catastrophes ou les calamités publiques : inondations, incendies, épidémies, tremblements de terre, etc.

L'Administration de la guerre qui, le jour de mobilisation, met la main sur toutes les forces vives du pays, ne pouvait laisser sans les utiliser des ressources aussi considérables. Par trois règlements spéciaux, dont le premier, du 3 juillet 1884, concerne nominativement la *Société française de secours* et a servi de modèle aux deux autres, le Ministre de la guerre a déterminé sous quelles conditions, dans quelles limites, sur quelles zones les Sociétés civiles de secours seraient admises à prêter leur concours au service de santé militaire.

Cette réglementation était indispensable. Vous n'avez pas oublié à quels abus a donné lieu, pendant la dernière guerre, l'application mal surveillée de la Convention de Genève. Vous vous rappelez ces nombreux étudiants sans inscriptions, ces médecins et pharmaciens sans diplômes qui trouvaient beaucoup plus pratique d'arborer la croix rouge que de prendre un fusil. Vous vous rappelez ces ambulances improvisées, contenant deux éclopés, et surmontées d'un énorme drapeau, lequel, il faut bien le dire, n'avait pas pour but de protéger des blessés, mais uniquement de protéger l'immeuble.

Ces faits ne se produiront plus. En temps de guerre, les Sociétés sont absolument placées, au point de vue du contrôle et de la discipline, sous la surveillance de l'autorité militaire ; au point de vue de l'hygiène et de l'exécution du service, sous la surveillance du directeur du service de santé du corps d'armée. C'est dire que le personnel des sociétés employé aux armées est soumis aux lois et aux règlements militaires, qu'aucun établissement hospitalier ou ambulance ne peut être créé par elles sans une entente préalable avec l'autorité militaire, que la distribution des brassards est exclusivement réservée au directeur du service de santé de la région.

Les médecins sont choisis, dès le temps de paix, par la Société, à la condition d'être Français ou naturalisés, et d'être dégagés de toute obligation militaire. Ils doivent en outre être agréés par le Ministre de la guerre. Le contrôle nominatif de tout le personnel employé par les Sociétés est fourni régulièrement au Ministre.

Quel sera en campagne le rôle de ces Sociétés ? Quelles seront par suite les attributions de ceux d'entre vous qui en feront partie ? Il faut distinguer entre la Société française de secours aux blessés et les deux Associations de Dames.

Ces deux dernières ne sont pas autorisées à concourir au service de l'évacuation ; elles bornent leur intervention au service *du territoire*. Par suite, leur rôle consistera à créer, soit dans les places de guerre, soit dans les localités désignées par le Ministre, des *hôpitaux auxiliaires* destinés à recevoir les malades ou blessés évacués de l'armée. Ce sera là un rôle des plus importants ; plus on disséminera sur le territoire de ces établissements auxiliaires, plus nos blessés auront de chances de recevoir des soins éclairés, d'échapper à l'infection et d'assurer leur convalescence.

Quant à la Société française de secours aux blessés, son action s'étend plus près du champ de bataille. Elle est autorisée à fonder des hôpitaux auxiliaires jusque sur le théâtre de la guerre. Elle peut en outre concourir à *l'évacuation* des blessés, en créant des trains d'évacuation, des convois de bateaux, des infirmeries de gare, etc.

Pour bien comprendre cette organisation, il faut se rappeler sommairement l'odyssée d'un blessé tombé pendant l'action. Ce blessé est d'abord transporté au poste de secours de son régiment, où il reçoit les premiers soins ; de là il est conduit à l'ambulance de sa division où se complètent et se régularisent les pansements, où se font les opérations d'urgence. Mais l'ambulance doit toujours suivre sa division ; elle ne peut s'installer. Aussi, le jour même ou la nuit du combat, elle évacue ses blessés sur un des hôpitaux de campagne qui suivent le corps d'armée. Cet hôpital de campagne lui-même est une formation mobile qui, autant que possible, ne doit pas abandonner son corps d'armée, et qui ne s'installe à poste fixe que lorsqu'il ne peut faire autrement. Qu'arrivera-t-il après une action meurtrière ? C'est que ces hôpitaux de campagne seront encombrés de blessés, et qu'ils se trouveront forcément retenus sur place et immobilisés.

Or, c'est précisément sur la Société française de secours que l'on compte pour venir se substituer à ces hôpitaux de campagne, prendre leurs blessés, s'installer à leur place et leur permettre de reprendre leur ordre de bataille à la suite du corps d'armée.

De même en ce qui concerne les évacuations. On compte sur la Société : 1° pour aider au transport des blessés de l'hôpital de campagne à la station de chemin de fer la plus proche, transport qu'elle assurera par des voitures de réquisition ou par les voitures à elle appartenant et construites dès le temps de paix ; 2° pour organiser, soit des trains d'évacuation, soit des convois de bateaux sur l'intérieur du pays ; 3° pour créer des infirmeries de gare destinées à nourrir, à abriter et même à soigner les évacués de passage.

Telles seront donc vos fonctions en campagne : — médecins d'un hôpital auxiliaire relevant sur le théâtre des opérations un hôpital de campagne; — médecins d'un hôpital auxiliaire recevant dans l'intérieur du pays les blessés évacués ; — médecins accompagnant et dirigeant vers le territoire national un convoi de voitures, un convoi de bateaux ou un train sanitaire ; — médecins d'une infirmerie de gare ou d'une infirmerie de maison d'écluse.

Vous porterez à ce titre l'insigne de Genève, le brassard international de la Croix-Rouge. Mais, ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que ce brassard serait absolument illégal s'il n'était délivré par le directeur du service de santé de la région, revêtu du cachet de la direction, et matriculé d'un numéro de série. Vous devez recevoir en même temps une carte nominative portant le même numéro que le brassard, et signée par le délégué régional de la Société et par le directeur du service de santé. Tout porteur de brassard doit être constamment muni de sa carte.

Enfin, il faut savoir que vous avez droit, comme médecins des sociétés de secours, à un uniforme spécial. C'est un costume complet en drap gros bleu, à boutons dorés, une casquette anglaise avec croix rouge sur fond blanc au turban, un manteau avec croix rouge sur la poitrine. Vous avez droit à des insignes de grade, lesquels sont des croix d'or au collet, brodées sur velours cramoisi, et variant de six à une, suivant les grades. Ces croix sont répétées sur la casquette et sur le collet de la capote.

V. — Voilà, je crois, le résumé des diverses si-

tuations où un médecin civil peut se trouver vis-à-vis de l'armée. Il doit se dégager de cette étude un enseignement pratique ; c'est que : si la guerre éclate, tout est organisé d'avance pour que les médecins du pays, militaires et civils, marchent à leur rang, chacun selon ses aptitudes et ses connaissances.

Ceux qui, dans ce fonctionnement, ont prévu des luttes intestines, des conflits, des antagonismes, n'ont pas suffisamment tenu compte du dévouement des uns et de la confraternité des autres. Il est beaucoup plus consolant de penser que le corps médical tout entier, séparé artificiellement en deux catégories pendant la paix, ne formera plus alors qu'une seule famille, n'aura qu'un but, qu'une passion: la conservation de nos soldats.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des médecins du Rhône.

LES MÉDECINS ET LA PUBLICITÉ.

(Communication du Dr Fochier).

« Nous devons rechercher, dit M. Fochier, dans quelles limites la publicité est permise au médecin dans l'état actuel de nos mœurs, ou plutôt de nos habitudes.

Dans le cas qui nous occupe nous avions affaire à un texte formel du règlement de l'Association des médecins du Rhône, et ce texte il n'y avait pas à le discuter, il n'y avait qu'à le faire respecter et à prendre en main les intérêts de ceux des membres du Syndicat qui s'étaient laissés abuser par les manœuvres d'un agent de publicité. Nous l'avons fait, je crois, dans la limite du possible. Mais cette confiance mal placée n'est-elle pas propre à nous faire sentir que la limite de la publicité permise dans notre profession n'est qu'une affaire de convention, de tradition, et que le médecin est obligé, comme tout autre, de faire savoir qu'il exerce son art, de publier en somme et son nom et son adresse, et ses titres, et l'expérience spéciale qu'il a ou croit avoir sur certains points de cet art.

Cette publication se fait dans les Annuaires ou dans les Recueils d'adresses, et nul ne trouve singulier de faire suite aux maçons et aux mécaniciens, ou de précéder les métallurgistes. Cette publication, non seulement nous la laissons faire, mais nous la faisons nous-mêmes dans les Annuaires de nos Sociétés, de nos Associations, du Syndicat. Elle est donc permise, puisqu'elle n'offusque personne, et qu'elle ne heurte aucun règlement.

Nous signalons notre domicile, non seulement par la voie des Annuaires, mais aussi par des plaques indicatrices apposées à notre porte et renfermant parfois l'énumération de nos titres. Ces plaques ont fait leur apparition sur les boîtes aux lettres, aux sonnettes de nuit, aux portes d'allée, sur la voie publique par conséquent. Il est bon d'ajouter que les anciens de la profession ont éprouvé de l'étonnement lors de ces apparitions. Mais les jeunes s'y sont faits, et l'usage tend à se généraliser dans les quartiers excentriques, dans les petites villes des environs.

Il y a longtemps que cet usage existe dans certaines grandes villes où l'exercice de la médecine se fait avec autant de dignité qu'à Lyon, et les professeurs de telle Faculté du Nord ont leur nom inscrit en caractères très lisibles sur la voie publique. Les Parisiens, au contraire, paraissent au premier abord très puristes à cet égard. Leur nom ne se trouve pas même sur la porte palière, et nos plaques les effarouchent sans doute, ces pudibonds de publicité, comme nous sommes étonnés des indications de Nancy.

Cette diversité dans les habitudes locales nous paraît tenir tout simplement à des questions de concierge. Dans nos quartiers du centre, le concierge dispense de la plaque visible du trottoir ; mais les mœurs de nos concierges lyonnais ne nous dispensent pas d'une indication sur la porte d'appartement. Si l'on y joint un titre, ce titre n'est pas destiné à attirer le gros public indifférent ou inconnu, mais à affirmer la personnalité de l'occupant ; ce n'est pas une enseigne, ce n'est pas une réclame, c'est une indication nécessitée par des mœurs locales. Aucun médecin n'a encore songé à imiter les notaires, à mettre en relief à une fenêtre ou à une porte d'allée des panonceaux trop apparents, et cependant il peut se faire qu'une indication pareille devienne utile dans certaines circonstances. L'innovation se produira alors, et, si elle ne choque pas, elle se généralisera sans porter atteinte à la considération professionnelle, à condition que l'indication soit impersonnelle, qu'elle se borne à affirmer sur la voie publique qu'il y a là un médecin.

Aller demander cette indication à la quatrième page des journaux, à des affiches apposées dans les lieux publics, loin du domicile du médecin, est une toute autre affaire. D'abord elle met le médecin au niveau d'industriels peu honorables, voire de ses concurrents illégaux qui ont le droit d'afficher leurs délits, puis elle obligerait ses confrères à faire les mêmes frais de publicité, sous peine de souffrir dans leurs intérêts matériels ; la publicité entraînerait bien vite la réclame ; et la réclame amènerait la déconsidération et la méfiance publiques. Il faut donc, au point de vue de la publicité, s'arrêter au bord de l'affiche et de la réclame. Dans un pays voisin on va plus loin et on accepte l'affichage, non pas dans les rues, mais dans les hôtels (1). Ces confrères nous paraissent avoir franchi la limite au delà de laquelle on ne peut plus s'arrêter, et nous verrons bientôt la quatrième page des journaux signaler autre chose que leur départ ou leur retour. L'indication collective de tous les médecins dans un Annuaire doit rester notre limite à nous, médecins lyonnais.

A côté de la publicité simple, il y a la réclame qui est plus coupable, et qui cependant est plus pratiquée par les médecins, mais le plus souvent d'une façon si indirecte au premier examen qu'elle n'est pas connue de celui qui en profite. Ainsi je me souviens avoir été singulièrement étonné par l'article d'un journaliste parisien qui jouissait d'une haute considération au point de vue professionnel. Pour détourner les médecins des études de science pure, stériles d'après lui, il trouvait un argument dans une confidence d'un

(1) En Suisse, et notamment à Genève.

maître de l'art, de Trousseau. Toutes les fois, aurait dit Trousseau, que je fais une communication à l'Académie sur un sujet de thérapeutique, je suis sûr de voir mon antichambre regorger la semaine qui suit la publication des comptes rendus. Comment se diffuse si vite la renommée d'une communication scientifique à Paris ? Est-ce par les médecins capables d'en comprendre la portée, d'en faire la critique et d'en faire bénéficier leurs clients ? Evidemment non, c'est par la presse politique qui a pris l'habitude de servir à ses lecteurs des résumés qu'ils sont incapables de juger. Et comme à Paris, ailleurs aussi, on a pris l'habitude de ne plus critiquer la communication d'un collègue, que la critique dans tous les cas se produit et se publie longtemps après la communication, l'académicien fait, sans le savoir, sans le vouloir, de la réclame caractérisée dans les journaux politiques.

De même pour la chronique non scientifique ; à Paris, on tolère, on recherche même un article biographique, toujours élogieux, non seulement lorsque la situation personnelle de l'interviewé ou de l'original d'un soi-disant portrait est tellement ancienne, tellement haute que de son vivant il appartient à l'histoire et que cette situation ne peut plus être accrue ; mais, cette biographie, on l'accepte pour les jeunes, pour les débutants qui ont simplement du mérite, et dont le génie ne s'est pas encore révélé de façon à intéresser les masses.

C'est bien de la réclame que tout cela, en même temps que de la publicité. Il est vrai qu'elle n'est pas payée, cette réclame, elle n'est pas demandée, mais elle est prévue par certains médecins qui accueillent les reporters avec un aimable empressement, par certains auteurs qui n'oublient pas la *note à la presse* comme de simples candidats à la députation. Cette réclame n'est pas à la quatrième page, mais ne s'adresse-t-elle pas moins à un public incompétent, incapable de discerner l'exagération, de reconnaître l'erreur ? Pour moi, j'aimerais mieux voir les médecins lyonnais affichés sur les murs, que voir nos Sociétés médicales communiquer leurs comptes-rendus à la presse politique, et l'équivalent de certains articles du *Figaro* ou du *Gil-Blas* se produire dans nos journaux. La situation serait plus nette, elle aurait au moins l'honnêteté de la franchise.

Que nous voilà loin de notre affiche, semblable à celle que l'on trouve dans toute la Suisse ! Et cependant nous avons demandé aux membres du Syndicat qui y étaient inscrits de nous donner mission d'agir en leur nom. Nous étions prêts à poursuivre l'industriel qui les avait induits en erreur. Il avait soigneusement disparu, et nous n'avons eu qu'à faire détruire les affiches partout où elles étaient apposées. Félicitons-nous plutôt de cette occasion qui nous a permis d'affirmer les tendances un peu rigoristes de notre syndicat, de défendre la profession contre elle-même aussi bien que contre les autres ».

REPORTAGE MÉDICAL

Au Havre, un client du Dr *de Lignerolles*, prétendant que celui-ci a commis une faute lourde en ne pratiquant pas une opération qui, d'après lui, aurait pu sauver le malade, intente une action contre le médecin. Le tribunal alloue à M. de Lignerolles les honoraires réclamés ; déboute le réclamant et le condamne à 500 fr. de dommages et intérêts, en réparation du préjudice causé par la demande à M. de Lignerolles.

— On vient de découvrir qu'une *Université* ayant son prétendu siège à *Bennington* (Amérique) n'existe que sur des diplômes, délivrés moyennant quelques centaines de francs, par des escrocs, émules d'autres universités des Etats-Unis, Philadelphie, etc.

— Au conseil supérieur d'Assistance publique, M. Henri Monod s'est plaint de ce que deux médecins seulement (et pas un seul médecin des bureaux de bienfaisance) n'a recouru à l'étuve de désinfection mise à leur disposition dans un des arrondissements de Paris. La déclaration des maladies contagieuses est bien difficile à faire entrer dans les habitudes, même quand le secret professionnel n'est pas en question. A quand l'*obligation* ?

— On attend toujours que le Conseil municipal et l'Assistance publique se mettent d'accord pour employer à la *construction d'un hôpital* les deux millions légués par Mme *Boucicaut*.

— Dans le département du Nord une commune, Locquignol, a décidé qu'elle payerait les honoraires des médecins et les notes des pharmaciens pour tous les habitants. Nous demandons aux membres du Concours de cette région de nous renseigner à ce sujet et de nous communiquer leurs impressions sur cette organisation. Il n'y a pas grand risque de la voir se généraliser ; néanmoins l'expérience sera intéressante. Nous serions étonnés si les offres au rabais ne se produisaient pas !

— Les pouvoirs du doyen de la Faculté, M. *Brouardel*, ont été renouvelés à l'unanimité des membres du Conseil général des facultés de Paris. M. Jaccoud a été présenté en seconde ligne. Le Conseil se préoccupe de la constitution officielle de l'Université de Paris. Les facultés dans leur ensemble comptent plus de dix mille étudiants.

— Un grand nombre de *Syndicats* ont reçu avis des parquets d'avoir à délibérer sur les modifications qu'ils réclament à propos des tarifs des *opérations médico-légales* ; nous invitons les sociétés à se concerter sans trop de hâte. Les commissions mettent du temps à aboutir ; un tarif à peu près semblable réclamé par tous les syndicats aurait grande chance d'être admis.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le docteur Leblanc, de Nantes, présenté par M. le Dr Dehillotte, de la Basse-Indre.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de MM. les docteurs Izard, de Paris, et Félix, de l'Isle-sur-Sorgues, membres du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Lésions suppuratives de la peau (furoncles, anthrax, lymphangite) consécutives à la grippe. (1).

M. le professeur *H. Leloir* (de Lille) signale, dans une de ses cliniques à l'hôpital St-Sauveur, la fréquence de lésions suppuratives de la peau chez des sujets atteints de la grippe peu auparavant.

Chez 14 individus qui n'avaient pas eu auparavant de furoncles ni d'anthrax, il a constaté des poussées furonculeuses qui se sont produites une semaine au maximum après la disparition de la fièvre. Presque toujours les lésions siégeaient au cou ou à la nuque, dans un seul cas aux membres inférieurs, et au tronc. Dans deux autres cas M. Leloir a vu, huit jours après la disparition des phénomènes fébriles, une plaque de lymphangite profonde, ayant envahi le derme et l'hypoderme et qui menaça de suppurer.

« Devant ces faits, dit le dermatologiste Lillois, il ne serait peut-être pas irrationnel de supposer qu'un microbe, circulant dans le sang des grippés et tendant à s'éliminer par la peau, occasionne des poussées de furoncles, d'anthrax et de lymphangite. Cette hypothèse n'a rien d'excessif, d'antiscientifique. Si nous consultons les travaux récents, non pas sur le microbe de l'influenza, — car il n'a pas encore été trouvé, — mais sur les microbes rencontrés chez les sujets atteints de l'influenza, nous voyons que tous les auteurs et en particulier M. le professeur Bouchard ont montré que la plupart de ces microbes étaient ceux de la suppuration (streptococci, staphylococci), et on s'est appuyé sur leur fréquence et leur abondance pour chercher à expliquer la suppuration dans les complications pulmonaires de la grippe.

Ne pourrait-on pas supposer de même que ces inflammations de la peau, à tendance suppurative, sont dues à l'élimination de ces micrococci ? J'aurais assez de propension à admettre cette explication, et je croirais volontiers à l'élimination par les glandes de la peau, des staphylococci et streptococci contenus dans le sang des grippés. »

Le fait clinique observé par M. Leloir est fort intéressant ; mais son interprétation pourrait être différente, à ce qu'il nous semble. Les microbes, dont l'introduction dans le derme provoque le furoncle et l'anthrax (staphylocoques et streptocoques), se trouvent répandus dans la nature avec une abondance extrême et se trouvent à la surface de presque toutes les peaux ; si cependant on n'a de furoncles et d'anthrax qu'assez rarement, c'est que pour rendre possible leur pullulation dans le derme, il faut un état particulier des humeurs ; un trouble préalable de la nutrition est indispensable à l'origine de la furonculose, M. Bouchard l'a bien mis en évidence. Ce trouble de la nutrition est souvent causé par une auto intoxication d'origine intestinale et c'est pourquoi on fait cesser une poussée furonculeuse par l'antisepsie intestinale (Bouchard, Le Gendre).

Dans la grippe, il existe très probablement un trouble de la nutrition. Il peut être causé par la glycémie ou l'uricémie, qui amoindrit les défenses de l'organisme et favorise la pullulation des staphylocoques et des streptocoques dans le derme.

Le streptocoque trouvé chez les grippés est bien le même que celui qui a été trouvé dans l'érysipèle par Fehleisen, et qui cause la septicémie puerpérale, comme l'a prouvé F. Widal. M. Laborde a raconté à l'Académie (4 février) le cas d'un médecin qui, au cours de la grippe, a été pris d'un érysipèle ayant pour point de départ les fosses nasales et qui s'étendit à la face et au cuir chevelu, fut fort grave, mais guérit. Or la bonne de ce malade présenta peu de jours après une pneumonie à laquelle elle succomba : dans les noyaux de broncho-pneumonie on trouva des streptocoques et non des pneumocoques (1).

(1) *Bull. méd.*, 5 février 1890.

(1) Cette pneumonie était un véritable érysipèle du poumon, comme l'a montré M. Mosny à la dernière séance de l'Académie (11 février).

Tous ces faits s'éclairent réciproquement et justifient la manière de voir que M. Bouchard a exposée à l'Académie le 28 janvier : le grippé est apte à contracter toutes les infections secondaires par invasion et pullulation dans son organisme débilité des microbes qui sont d'ordinaire ses hôtes latents et inoffensifs. Celui qui a dans sa bouche ou son nez le pneumocoque de Talamon et de Frænkel fait une pneumonie fibrineuse, celui qui est assailli par des microbes pyogénes comme les staphylocoques, fait des abcès de la peau, du catarrhe purulent des muqueuses ; ceux qui sont envahis par les streptocoques font de l'érysipèle, des bronchites et des broncho-pneumonies à streptocoques.

La grippe est-elle transmissible par contagion.

Là question ne nous paraît pas tranchée ; on peut invoquer des arguments pour et contre la contagion. On a cité le cas d'un gardien d'un phare qu'on ne reléve de sa faction que tous les trois mois ; isolé de toute communication avec les humains, il a eu la grippe.

En revanche, l'observation citée par M. le professeur Proust à l'Académie le 4 février est en faveur de la contagion.

Elle a été communiquée par le docteur d'Hoste, médecin de 1re classe, à bord du *Saint-Germain*. Ce navire, parti le 2 décembre de Saint-Nazaire, embarqua à Santander un passager venant de Madrid ; dés le lendemain de son arrivée ce nouveau passager fut pris de grippe, alors que l'état sanitaire du paquebot avait été jusque-là excellent. Quatre jours aprés, le docteur d'Hoste fut pris de grippe, puis, deux jours plus tard, ce fut le tour d'un soutier, puis la maladie s'est généralisée ; 154 passagers sur 436 ont été pris, en outre 47 matelots : soit, en tout, 201 malades. Aucun cas ne s'est terminé d'une façon funeste.

Il semble bien, par ce fait, qu'on puisse établir la contagiosité de la grippe, non pas seulement par ses complications, mais encore par elle-même.

Mode d'action de l'huile de foie de morue ; importance des alcaloïdes qu'elle contient.

M. le professeur A. Gautier et M. Mourgues ont établi que l'efficacité thérapeutique de l'huile de foie de morue tient à trois facteurs principaux :

1° Elle agit par ses corps gras, trés facilement assimilables, grâce à leur acidité légére, à leur saponification partielle et à la présence d'une certaine quantité de matiéres biliaires qui en rendent l'émulsionnement extrêmement facile, surtout lorsqu'arrivent en présence des ferments du pancréas.

Les substances grasses, de digestion si facile, toutes prêtes à s'assimiler, sont des agents protecteurs, des réserves propres à s'accumuler dans tels ou tels tissus et à être utilisées par l'économie qui, pour faire face à ses besoins incessants de calorification, irait, sans leur aide, emprunter la chaleur qui lui est nécessaire à la destruction des matériaux des cellules d'un ordre de vitalité plus élevé.

Ce serait un tort de croire qu'on pourrait remplacer ces corps gras par des graisses de composition semblable, en apparence, mais douées à un degré inférieur de la digestibilité et de l'assimilabilité des huiles de foie de morue.

2° Ces huiles agissent, comme des réparateurs énergiques, par leur richesse en phosphates, en acide phosphorique, en lécithine et en phosphore combiné à l'état organique. C'est sous ces dernières formes, on le sait, que l'économie assimile le plus facilement cet élément indispensable qui préside à l'activité des cellules les plus perfectionnées, qui excite leur reproduction et conserve ainsi la perpétuelle jeunesse des tissus. L'on sait, de plus, que chez les phtisiques, les scrofuleux, les rachitiques et chez la plupart des cachectiques, la désassimilation des sels de chaux, et principalement des phosphates calciques, est extrêmement puissante.

Employée pour ces malades, l'huile de foie de morue leur fournit une incessante provision de phosphore sous la forme où il existe dans le lait, le jaune d'œuf, le cerveau, la légumine, la caséine, c'est-à-dire dans l'état même où il peut être directement utilisé et assimilé par l'organisme.

La petite proportion de brome et d'iode que ces huiles renferment (0 gr. 030 à 0 gr. 040 d'iode par litre), concourt sans doute aussi à cette action reconstitutive en excitant l'assimilation, et d'autant mieux que ces métalloïdes existent, dans ces huiles, à l'état organique où ils se trouvaient dans les algues marines bromurées et iodurées qui ont servi de nourriture aux morues, durant une partie de l'année. L'on sait, en effet, que l'iode n'est pas à l'état d'iodure dans les huiles, qu'il y est combiné à l'état organique et ne saurait être décélé qu'en détruisant complétement la matière, en présence d'un excés d'alcali. L'on a dit, enfin, que l'huile dégage l'odeur des algues et des varechs en présence de certains réactifs, surtout lorsqu'on veut mettre l'acide morrhuique en liberté.

3° Enfin les huiles de foie de morue agissent par leurs alcaloïdes dont un grand nombre, la butylamine, l'amylamine, et surtout la morrhuine et l'acide morrhuique excitent le système nerveux, accélèrent la dénutrition, accroissent considérablement les quantités d'urine et de sueurs excrétées, et, corrélativement, augmentent l'appétit, ainsi que l'ont démontré les expériences physiologiques directes, faites avec les alcaloïdes extraits de ces huiles. L'observation, déjà longue, des effets de ce médicament, telle qu'elle résulte de la pratique d'un grand nombre de médecins célèbres, reçoit ainsi une confirmation et une explication. Les expériences de Jongh, en particulier, continuées plus de six mois à l'hôpital, sur deux lots de malades aussi semblables que possible, en démontrant que l'efficacité des huiles colorées est incontestablement plus grande que celles des huiles incolores, suffiraient à prouver le rôle actif de ces bases, qui ne se trouvent, en effet, que dans les huiles colorées. Les expériences de MM. Gautier et Mourgues ont démontré que ces alcaloïdes agissant, en effet, puissamment sur les centres nerveux qui président à la nutrition, provoquent une dénutrition et une assimilation corrélatives, indiquées par la suractivité des fonctions rénales et sudorales, alors même qu'on fait pénétrer ces bases dans l'économie par la méthode hypodermique.

Il est vrai que, parmi les alcaloïdes de l'huile de foie de morue, il en est, tels que l'amylamine, qui sont des poisons dangereux à dose un peu élevée, et qui, à plus faible dose, excitant les réflexes, produisent un tremblement caractéristique,

convulsiforme. On ne saurait nier l'activité très grande de ces bases, mais il serait malaisé d'en conclure à leur efficacité dans la médicamentation par l'huile de foie de morue. Toutefois si, à dose élevée, le plus abondant de ces alcaloïdes vénéneux, l'amylamine, produit chez les animaux les tremblements et les convulsions, à dose faible, elle possède, elle aussi, des propriétés excitantes qui se résument ainsi :

Augmentation sensible de l'appétit et des sécrétions rénales, sudorales et intestinales, sous l'influence de ces alcaloïdes principaux ; assimilation rapide des principes phosphorés présentés à l'économie sous la forme de lécithine et d'autres matières phosphorées organiques, directement utilisables par les jeunes cellules ; réparation puissante des réserves de calorification, grâce à l'absorption facile de corps gras associés à des matériaux biliaires, qui en provoquent aisément l'émulsionnement et la saponification ; enfin, spécificité d'action de petites quantités d'iode et de brome, que ces huiles contiennent sous la forme organique la plus propre à aider de leur action excitante sur la nutrition, celle des alcaloïdes eux-mêmes.

Tels sont les éléments multiples, mais concordants, de l'action puissante que ce médicament exerce sur l'économie débilitée par les maladies de dégénérescence, telles que la scrofule, la phtisie, la goutte, l'arthritisme et les autres diathèses qui, frappant la puissance assimilatrice et régénératrice, s'opposent à une réparation suffisante des tissus.

L'activité vitale a pour corrélation nécessaire une incessante désassimilation et, dans ces maladies à dénutrition rapide et à lente réparation, l'huile de foie de morue vient apporter, sous une forme très favorable, à la fois, quelques-uns des éléments chimiques principaux de ces nouvelles transformations organiques, et l'excitant nécessaire à cette réparation. Les corps gras à demi assimilés produisent la chaleur et l'énergie ; le phosphore, à l'état organique ou semi-organique, concourt à la reproduction et à la vivification incessante des cellules ; les alcaloïdes, enfin, vont exciter les centres qui président à tout fonctionnement vital.

L'emploi des anesthésiques par les sages-femmes.

M. Budin a lu un rapport sur cette question qui avait été soumise à l'Académie par le ministre. Le rapporteur a commencé par mettre en lumière le rôle des sages-femmes dans la propagation de la fièvre puerpérale, puis il recherche quel est l'antiseptique qu'il faut prendre, car, « de tous côtés, on s'efforce de supprimer les causes d'infection, de faire disparaître les épidémies de fièvre puerpérale dans la pratique des sages-femmes, et pour cela, on a recours aux antiseptiques. On a parlé d'employer l'eau bouillie ; mais si, dans les cas simples, lorsque les sages-femmes se lavent les mains, les avant-bras et se nettoient les ongles avec le plus grand soin, l'eau bouillie peut suffire, elle ne saurait détruire les germes qui, mis en contact avec les organes génitaux plus ou moins lésés, déterminent l'apparition des accidents puerpéraux. La prudence veut donc qu'on y renonce. La commission, considérant l'eau bouillie comme impuissante à empêcher la propagation de l'infection, se trouve unanime pour répondre à M. le ministre : oui, on peut autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques.

Mais les antiseptiques sont nombreux, et vouloir demander aux accoucheuses qu'elles connaissent plusieurs méthodes serait évidemment trop. « Beaucoup de sages-femmes, a dit en effet Fischer, considèrent l'antisepsie comme un tracas inutile. » Il importe, par conséquent, de simplifier le plus possible. C'est pourquoi la commission propose de ne permettre aux sages-femmes que l'emploi d'un seul antiseptique. Il faut que cet antiseptique soit réellement efficace et qu'il n'expose pas trop les sages-femmes aux intoxications et aux cautérisations ; il faut qu'il coûte bon marché et qu'il puisse être aisément conservé et transporté. »

Le rapporteur examine successivement l'acide borique, la créoline, le naphtol, l'acide phénique et enfin le sublimé, en faveur duquel il conclut en attestant les résultats excellents que l'on obtient par son emploi. « Mais on fait à l'emploi du sublimé une grosse objection : à certaines doses, dit-on, il est toxique, et il peut déterminer l'empoisonnement des malades ; il peut même, des erreurs étant commises, être une source d'accidents pour l'entourage des femmes en couches.

« On a beaucoup accusé le sublimé ; évidemment quelques malades paraissent très susceptibles à l'action de ce médicament, mais, en réalité, les intoxications ne sont pas fréquentes. J'ai, pour ma part, employé le sublimé depuis 1882, j'y ai eu presque exclusivement recours dans mon service d'hôpital et dans ma pratique de la ville ; c'est à peine si, à de longs intervalles, j'ai noté un peu de gingivite ou d'érythème, et cependant, au début, je ne faisais usage que de solutions à 1 pour 1.000. En relevant avec grand soin les cas de mort par intoxication qui ont été publiés depuis que M. Tarnier a conseillé l'usage du sublimé en obstétrique, c'est-à-dire depuis plus de huit ans, nous sommes arrivé à un total de seize cas, et encore quelques-uns d'entre eux paraissent-ils fort discutables. Quatorze fois des injections intra-utérines avaient été faites plus ou moins abondantes et avec des solutions variant entre 1 pour 1.000 et 1 pour 2.000 ; deux fois seulement, on n'avait pas fait d'injections intra-utérines ; mais, comme il existait une déchirure étendue du périnée, on avait eu recours à des irrigations de sublimé à 1 pour 1.000 pendant qu'on pratiquait la suture. L'existence d'une néphrite, une anémie profonde due à une hémorrhagie, ou la rétention du placenta dans la cavité utérine, avaient dans quelques cas favorisé l'intoxication.

« Or, il ne faut pas l'oublier, toutes les fois qu'il survient quelque chose d'anormal pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, toutes les fois qu'il y a de la fièvre après la parturition, la sage-femme doit prévenir un docteur qui intervient ou qui prend les précautions nécessaires pour empêcher les accidents de s'aggraver ; elle n'a donc jamais à recourir spontanément aux injections intra-utérines, et si elle en pratique, ce ne peut être que sous la direction et sous la responsabilité d'un médecin.

« Ajoutons enfin que, contrairement à ce qui a été observé pour l'acide phénique, les nouveau-nés supportent admirablement le sublimé. »

On trouvera dans l'article suivant de M. Lepage les conclusions que M. Budin a formulées.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

GÉNÉRALITÉS SUR L'ANTISEPSIE OBSTÉTRICALE.

I

Il n'est guère en obstétrique de question plus controversée que celle des soins génitaux à donner aux femmes enceintes et accouchées : il n'en est cependant pas qui se pose plus fréquemment à l'esprit du médecin désireux de bien faire, c'est-à-dire cherchant à donner à la parturiente les soins *nécessaires* et *suffisants* pour la garantir non seulement contre la mortalité, mais aussi contre la morbidité puerpérales.

En un mot le difficile est de savoir faire l'utile, ni trop ni trop peu : que si l'on vient à tomber dans l'un des deux écueils, mieux vaut encore pécher par excès que par défaut.

Ce qui fait que l'on ne s'entend pas sur le juste milieu, c'est-à-dire sur la méthode capable de donner les meilleurs résultats, c'est qu'on veut rendre cette méthode uniforme, exclusive ; or elle doit varier suivant les circonstances, suivant que l'accouchée se trouve dans une Maternité, dans la clientèle de grande ville, à la campagne.

Cependant il est certaines règles générales dont l'accoucheur ne doit pas se départir ; tout le monde est d'accord — en ce moment — pour admettre que l'*asepsie* en obstétrique, comme en chirurgie d'ailleurs, doit prendre le pas sur l'*antisepsie* : avant de chercher à empêcher le développement des microbes pathogènes, il faut : 1° éviter leur pénétration dans les organes génitaux, et la première chose à faire dans cette voie c'est de n'en point apporter ; 2° débarrasser les organes génitaux externes et internes de ceux qu'ils renferment, en un mot *asepsier le vagin*, (ce qui n'est point chose facile).

Ainsi il faut que les mains, et en particulier les ongles, soient débarrassés de toute souillure par un brossage et un savonnage minutieux, puis plongés pendant quelques minutes dans un liquide antiseptique ; il faut de même que les instruments (forceps, sonde, etc.), soient stérilisés par le flambage et l'immersion dans un liquide antiseptique. Ce sont là choses trop connues aujourd'hui pour que j'y insiste.

Quant à la désinfection préalable, ante-partum, du conduit vulvo-vaginal, elle n'est pas comprise de la même façon par les différents accoucheurs.

II

Les uns rejettent absolument les injections vaginales pendant la grossesse comme inutiles, voire même dangereuses ; tout au plus concèdent-ils au moment du travail l'usage des lotions externes faites avec de l'eau simple, bouillie de préférence, ou de l'eau additionnée d'un liquide antiseptique.

Avec sa verve habituelle, le professeur Peter traduisait récemment en ces termes les craintes des *abstentionnistes* : « On semble aujourd'hui considérer l'accouchement comme un acte monstrueux, absolument redoutable et contre lequel on ne saurait prendre trop de précautions. Ces soins exagérés ne s'étendent pas seulement à la période puerpérale ; on y a recours même pendant la grossesse et l'observation suivante va nous montrer combien est dangereuse parfois cette intervention intempestive. Une jeune femme, enceinte pour la seconde fois, avait au sixième mois d'une grossesse parfaitement normale, un léger suintement vaginal, suintement physiologique en pareil cas, vous le savez. L'accoucheur du pays, c'était dans la banlieue, imbu des doctrines microbiennes, vit dans cet écoulement un foyer à streptocoques et prescrivit de faire trois fois par jour une injection avec une solution de sublimé. Les conséquences funestes ne se firent pas attendre ; une péritonite éclata ; la malade fut transportée à Paris et, comme je m'étonnais de l'origine de cet accident, M. Bailly, qui vit la malade avec moi, me dit que, depuis la *fièvre antiseptique* des accoucheurs, de pareils cas n'étaient pas rares. Chez cette malade l'affection se termina par une fausse couche et par la mort. Voilà donc une mort due aux antiseptiques (1). »

Il faut avouer que cette observation, telle qu'elle est rapportée, ne paraît pas démontrer d'une façon péremptoire le danger des injections vaginales pendant la grossesse ! Sans doute, lorsque la femme enceinte n'a pas d'écoulement génital, ces injections sont inutiles ; mais quant à être dangereuses, nous ne connaissons pas d'observation publiée dans laquelle il y ait eu accident mortel à la suite d'une injection... bien faite.

Si M. Bailly, depuis *la fièvre antiseptique* des accoucheurs (?) a réellement observé plusieurs cas mortels consécutifs aux injections vaginales pendant la grossesse, c'est un devoir pour lui de les faire connaître.

Il importe d'établir cette innocuité absolue des injections vaginales pendant la grossesse ; non seulement elles ne créent pas de danger, mais elles ne peuvent en aucune sorte provoquer le travail. La méthode de Kiwisch (douches vaginales pour provoquer l'accouchement) n'agit que par un traumatisme dangereux, ainsi que l'ont nettement démontré les expériences du professeur Pinard. Aussi ne faut-il être nullement arrêté par cette crainte chimérique de l'accouchement prématuré lorsqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte atteinte d'un écoulement vaginal. Que cet écoulement soit dû à une vaginite simple ou granuleuse, qu'il provienne de l'infection blennorrhagique ou d'une ulcération du col, la balnéation vaginale est utile non seulement pour la mère, mais souvent aussi pour le fœtus.

Pour la mère, c'est d'abord une des meilleures méthodes de traitement de la maladie qui cause l'écoulement ; puis c'est une bonne mesure de désinfection préalable : lorsque le travail se déclarera, le vagin aura été suffisamment nettoyé et ne contiendra plus de germes capables d'inoculer les solutions de continuité du col utérin ou du conduit vaginal qui se produisent fatalement pendant l'accouchement.

Pour l'enfant c'est une mesure prophylactique de la plus haute importance : on sait aujourd'hui en effet que presque toutes les ophthalmies purulentes des nouveau-nés qui débutent dans les quarante-huit heures après la naissance, sont dues à une inoculation de la conjonctive au moment du passage de la tête fœtale à travers le conduit génital.

Ainsi donc, *pendant la grossesse*, toutes les fois qu'il y aura par la vulve un écoulement de quel-

(1) *Bulletin médical*, 8 déc. 1889.

que importance, la femme devra être soumise aux injections vaginales ; nous ne parlons pas des autres soins de propreté, bains, lotions vulvaires qui doivent être conseillés.

III.

Lorsque la femme entre en travail, il faut, dès qu'on est appelé auprès d'elle, lui faire une injection vaginale antiseptique. Cette injection doit être répétée toutes les deux ou quatre heures et de préférence après chaque toucher ; si la femme est atteinte d'un écoulement suspect et si surtout elle n'a pas été soignée pour cet écoulement pendant sa grossesse, il y a intérêt à renouveler plus fréquemment les lavages et à se servir d'une solution réellement antiseptique.

Une précaution utile, surtout lorsque le travail dure un certain temps, consiste à placer devant la vulve un tampon d'ouate ou d'étoupe antiseptique qui a un double but : le tampon recueille les liquides sanguinolents qui s'écoulent des organes génitaux et il empêche la pénétration des microbes du dehors.

Ces précautions sont-elles suffisantes pour réaliser l'asepsie pendant le travail ? Si d'aucuns les trouvent exagérées, irréalisables dans la pratique courante, à la campagne et même dans la population ouvrière des grandes villes, d'autres au contraire estiment que ces précautions ne sont pas suffisantes. Ils pensent que chez la femme en travail, il faut préparer le champ opératoire presque comme pour une hystérectomie vaginale, c'est-à-dire savonner, laver, brosser les parties génitales externes, raser les poils, etc. — Si nous ne sommes pas partisan de cette pratique trop minutieuse dans les cas normaux, cependant ces précautions sont presque indispensables lorsqu'on est obligé d'introduire la main, des instruments dans les parties génitales : on risque alors de contaminer la main, les instruments par les impuretés qui se trouvent au niveau des poils et de transporter ces germes dans la cavité utérine.

Le plus habituellement il est suffisant de faire la toilette des parties génitales externes avec un liquide antiseptique.

Quelques accoucheurs ont pensé que les injections vaginales, telles qu'on les pratique habituellement, ne réalisent qu'une asepsie illusoire ; c'est ainsi que par des expériences différentes Steffeck, Auvard sont arrivés aux mêmes conclusions, c'est-à-dire que pour stériliser complètement le milieu vaginal, il faut frotter et nettoyer, avec les doigts aidés de l'injection, non seulement le vagin, mais aussi la paroi du canal cervical. M. Auvard a même imaginé un doigtier irrigateur qui remplit cette double indication, d'irriguer et de frotter la muqueuse vaginale.

Sans compter les difficultés de toutes sortes qu'on peut rencontrer dans la pratique à agir ainsi, est-ce bien nécessaire ? Puisqu'avec la méthode des injections vaginales ordinaires, nous obtenons des suites de couches absolument apyrétiques, avec une morbidité presque nulle, il faut s'en contenter.

Quant aux injections intra-utérines, on doit en être très sobre, au moment et après la délivrance ; elles ne doivent être employées que lorsque la main ou un instrument ont été introduits dane l'utérus ou bien pour arrêter une hémorrhagi utérine.

IV.

Lorsque la femme est accouchée, quels soins lui donnera-t-on ? Ici encore on discute sur la conduite à tenir pendant les suites de couches ; c'est un chapitre que nous avons assez longuement développé dans la partie obstétricale du *Traité d'antisepsie* fait avec Le Gendre et Barette, nous ne pouvons que le résumer ici.

Les toilettes vulvaires avec du coton ou un linge aseptique trempé dans une solution antiseptique doivent être faites toutes les trois ou quatre heures : c'est pour ainsi dire une simple mesure de propreté.

Quant aux injections vaginales, elles sont discutées. M. Championnière les rejette absolument : « de même qu'on ne lave jamais les plaies, dit-il qu'on n'injecte jamais une plaie aseptique en la pansant, on ne devrait pas faire d'injection à une femme après celle qui a suivi immédiatement l'accouchement ; si cette injection devient nécessaire, c'est que l'antisepsie primitive a été mal faite, c'est que l'agent antiseptique est insuffisant ou que la suite de son application est mal faite ». Un certain nombre d'accoucheurs adoptent ces idées et ne pratiquent les injections vaginales que lorsqu'il y a élévation de température ou fétidité des lochies.

De nombreuses raisons militent cependant en faveur des injections vaginales : elles agissent d'abord mécaniquement en entraînant les liquides lochiaux qui ne s'écoulent pas régulièrement du vagin dont le fond fait souvent cuvette ; comme à chaque injection, il reste une certaine quantité de liquide antiseptique dans le vagin, ce liquide stérilise sur place les micro-organismes qui pourraient se développer. De plus, lorsqu'elle est pratiquée avec un liquide à une température assez élevée, l'injection agit en favorisant l'involution utérine ; c'est un fait sur lequel insistait récemment encore le Professeur Pinard dans un article fort intéressant sur l'eau chaude en obstétrique (1) ; enfin elle procure à la femme un sentiment de bien-être tout particulier. Ces injections doivent être continuées pendant 2 ou 3 semaines au moins après l'accouchement.

Est-ce à dire qu'il faut toujours et partout recourir aux injections vaginales soit pendant l'accouchement, soit pendant les suites de couches ? Non. La première condition que doit remplir une injection vaginale pour être bonne, c'est de ne pas être dangereuse, c'est-à-dire d'être faite suivant les règles de l'antisepsie. Ainsi à la campagne, dans les milieux pauvres, lorsque le médecin sait à l'avance que l'injection vaginale sera mal faite, mieux vaut s'en abstenir ; mais alors il faut se contenter d'une asepsie relative et ne pas s'étonner si les lochies ont un peu d'odeur, si les femmes présentent ultérieurement de l'endométrite due à un défaut d'involution et à une infection légère.

Donc, lorsqu'elles peuvent être bien faites, il est préférable d'avoir recours aux injections vaginales. Rappelons en quelques mots la manière de les bien faire : on se sert d'un récipient d'un litre ou deux d'où le liquide s'écoule par le seul fait de la pesanteur à travers un tube de caoutchouc muni d'une canule en verre. La femme est couchée, la tête basse, le bassin relevé ; la canule est introduite doucement après avoir été purgée d'air avec soin. Le liquide doit s'écouler

(1) *Médecine moderne*, janvier 1890.

doucement, sans forte pression, c'est-à-dire que l'injecteur ne doit pas être élevé à plus de 50 ou 75 c. au-dessus du plan du lit. Après chaque injection la canule est lavée, nettoyée et plongée dans une *solution antiseptique*.

V

Quelle solution doit-on employer ? Faut-il se contenter d'eau simple, filtrée ou bouillie ? Ou bien avoir recours à l'un des nombreux antiseptiques qui se partagent actuellement la faveur des accoucheurs ? Quel antiseptique faut-il préférer ou vaut-il mieux employer tel ou tel antiseptique ? C'est une question qui se trouve actuellement posée à l'Académie de Médecine ; le Ministre de l'Intérieur ayant demandé à l'Académie « s'il ne conviendrait pas d'autoriser par dérogation aux principes de l'Ordonnance du 29 octobre 1846 les pharmaciens à vendre des substances antiseptiques aux sages-femmes pourvues d'un diplôme », une commission a été nommée et a formulé, par l'organe de son rapporteur, M. Budin, les conclusions suivantes :

« Il est indispensable de permettre aux sages-femmes l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propagation des maladies puerpérales.

Pour plus de simplicité et pour éviter les erreurs, les sages-femmes ne devront recourir qu'à un seul antiseptique dont la dose sera toujours la même.

Il faut donc autoriser les pharmaciens à leur délivrer des paquets de sublimé ainsi composés :

Sublimé..................	25 centigr.
Acide tartrique...........	1 gramme
Rouge de Bordeaux......	1 milligr.

Sur chaque paquet, qui, conformément à la loi, portera une étiquette rouge, seront écrits ou imprimés ces mots :

Sublimé : 25 centigrammes,
pour un litre d'eau. Toxique.

En outre, comme il est nécessaire que les sages-femmes aient à leur disposition une substance antiseptique pour enduire les mains et les instruments, les pharmaciens pourront également leur donner des doses de 30 grammes de vaseline au sublimé à 1 pour 100.

Ces paquets et cette vaseline au sublimé constituent donc les seules substances antiseptiques que les sages-femmes seront autorisées à prescrire ; les dangers d'intoxication sont ainsi tellement réduits qu'on peut les considérer comme à peu près nuls. Du reste, on parle souvent de ces dangers du bichlorure de mercure et on oublie trop ceux de la septicémie. On peut compter les cas d'empoisonnement attribués au sublimé ; en obstétrique, au contraire, le nombre des existences qui ont été conservées grâce à cet antiseptique est incalculable ».

Une discussion va s'engager sur les conclusions du rapport très-complet de M. Budin : nous en tiendrons nos lecteurs au courant; car elle touche à différentes questions très importantes, en particulier celle de l'instruction des sages-femmes.

L'Académie ne pourrait-elle pas répondre tout simplement à la question du ministre : Oui, les sages-femmes pourront prescrire les antiseptiques, à une condition... c'est qu'elles sachent s'en servir.

Du moment où la sage-femme est appelée à protéger la vie de l'accouchée, il faut qu'elle en ait les moyens, c'est-à-dire qu'elle ait en main l'arme où les armes nécessaires — ; mais il faut aussi qu'elle sache les manier. Une arme n'est utile et sûre qu'autant qu'elle est maniée avec habileté et qu'elle ne crée point un danger pour la personne qu'elle doit défendre.

P. S. La discussion sur cette importante question a été presque close dans la séance de cette semaine à l'Académie qui a voté les conclusions du rapport de M. Budin sauf deux points qui ont été réservés.

M. Laborde a fait observer que le mot *toxique* pouvait ne pas être compris de tout le monde, même... de quelques sages-femmes; M. Marty a signalé un autre inconvénient grave du mot *toxique* qu'une erreur d'écriture ou d'impression transformerait en *tonique*. Cette remarque était d'autant plus judicieuse que cette *coquille* a été faite la semaine dernière dans un journal de médecine. Les petits paquets de sublimé seront donc munis d'une étiquette portant le mot *Poison*.

L'Académie s'est réservé également le soin d'indiquer la coloration que prendra la solution du sublimé ; d'après la formule indiquée par la commission, la solution serait rosée ; mais si le paquet était mis dans un 1/2 litre au lieu d'un litre d'eau, cette solution plus foncée se rapprocherait quelque peu du vin comme teinte : ce qui pourrait avoir des inconvénients.

Au cours de la discussion MM. Guéniot et Charpentier ont combattu avec une certaine énergie les conclusions de la commission : M. Guéniot a fait ressortir les dangers du sublimé, même à faibles doses, chez les femmes atteintes de dysenterie ou de néphrite ; il lui préférerait l'acide phénique ou le thymol.

M. Charpentier s'est élevé contre le choix exclusif d'un antiseptique, surtout de l'antiseptique le plus puissant, mais aussi le plus dangereux : il réclame pour les sages-femmes la liberté pleine et entière du choix de l'antiseptique, c'est-à-dire la libre pratique de l'antisepsie, avec toutes les responsabilités qui en découleront pour elles.

Au contraire M. Trélat a approuvé la commission de recommander le sublimé et rien que le sublimé qui est bien supérieur à tous points de vue à l'acide phénique et au thymol, tout en déclarant qu'il ne l'employait pas et qu'il se servait du biiodure de mercure à la dose de 10 centigr. par litre ; mais M. Trélat trouve cet antiseptique puissant d'un maniement trop délicat pour les sages-femmes.

S'il nous était permis d'exprimer un regret, c'est de n'avoir point entendu dans cette discussion la voix si autorisée du Dr Tarnier, dont la compétence en la matière est doublement indiscutable. C'est lui en effet qui a eu le mérite d'introduire le sublimé dans la pratique obstétricale : il en connait donc mieux que personne les avantages et les inconvénients. D'autre part, ayant été chargé à la Maternité, étant encore chargé à la Clinique de l'instruction des sages-femmes, il peut juger si le sublimé peut avoir entre leurs mains quelque danger.

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Conditions d'admission dans le service de santé de la marine et dans les écoles de médecine et de pharmacie navales.

I. Corps de santé. — Le service médical et pharmaceutique dans les hôpitaux et arsenaux maritimes, à bord des bâtiments de la flotte, dans les colonies, dans les régiments d'artillerie et d'infanterie de la marine, est attribué aux officiers du corps de santé de la marine.

L'organisation de ce corps est réglée par le décret et l'arrêté du 24 juin 1886. Les officiers du corps de santé de la marine sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834, concernant l'état des officiers.

La hiérarchie des grades est établie comme suit :

Service médical. — Directeur du service de santé, assimilation, grade intermédiaire entre le colonel et le général de brigade. — Médecin en chef, assimilation, colonel. — Médecin principal, assimilation, chef de bataillon. — Médecin de première classe, assimilation, capitaine. — Médecin de deuxième classe (titulaire auxiliaire), assimilation, lieutenant.

Service pharmaceutique. — Pharmacien en chef, assimilation, colonel. — Pharmacien principal, assimilation, chef de bataillon. — Pharmacien de première classe, assimilation, capitaine. — Pharmacien de deuxième classe (titulaire ou auxiliaire), assimilation, lieutenant.

Le personnel du service de santé de la marine se recrute par l'admission des docteurs en médecine ou des pharmaciens universitaires de première classe, qui sont nommés, sans concours, à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe.

Le candidat à l'emploi de *médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe* doit remplir les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français ;

2° Etre âgé de moins de vingt-huit ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de service à l'Etat pour avoir droit à une retraite à cinquante-trois ans ;

3° Etre pourvu du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe ;

4° Etre reconnu propre au service militaire, après constatation faite par un médecin de la marine ou par un médecin militaire.

Il doit produire, en outre, un extrait, pour néant, de son casier judiciaire, un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant sa situation au point de vue de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont employés à terre en France, dans les hôpitaux de la marine, à la mer ou aux colonies. Ils portent l'uniforme et les insignes du grade de médecin ou pharmacien titulaire de deuxième classe.

Après deux années de stage, les médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont nommés, par décret, au grade de médecin ou de pharmacien titulaire de deuxième classe.

L'avancement aux grades du corps de santé a lieu :

Pour les médecins et pharmaciens de première classe, un tiers au choix, deux tiers à l'ancienneté ;

Pour les médecins et pharmaciens principaux, la moitié au choix, la moitié à l'ancienneté.

Pour les médecins et pharmaciens en chef et pour les directeurs du service de santé, l'avancement a lieu exclusivement au choix.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires, docteurs en médecine ou pharmaciens universitaires de première classe provenant des Facultés civiles, promus au grade de médecin ou de pharmacien de deuxième classe, reçoivent, s'ils contractent l'engagement de servir six années dans la marine, une somme représentant le montant des frais nécessaires à l'obtention des diplômes universitaires.

Il est compté, pour la retraite, quatre années de services, à titres d'études préliminaires, aux médecins et pharmacien admis dans le service de santé de la marine, avec les diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe.

II. Ecole de médecine navale. — Les Ecoles de médecine navale, qui existent à Brest, Rochefort et Toulon, ont pour but de préparer les élèves du service de santé de la marine aux diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe, et d'initier aux connaissances spécialement requises pour le service de la marine et des colonies les candidats provenant des Facultés admis, avec les diplômes universitaires, en qualité d'auxiliaire de deuxième classe, dans le corps de santé de la marine.

§ 1. *Condition d'admission.* (Application de l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889. — Décret du 8 octobre 1889.) Lorsque l'admission a été prononcée, l'élève est inscrit sur une matricule spéciale, tenue au conseil de santé. Le directeur du service de santé adresse au commissaire aux revues une copie des inscriptions et des annotations portées sur cette matricule.

§ 2. *Régime des Ecoles.* — L'effectif des élèves pour l'ensemble des trois Ecoles de médecine navale est fixé chaque année par le ministre de la marine, la préférence étant acquise aux candidats qui sont les plus avancés dans leurs études, et qui ont satisfait aux examens universitaires correspondants.

Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'études, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail pendant plus de deux mois.

Tout élève qui a subi, à un même examen de la Faculté ou de l'Ecole, deux échecs successifs, est exclu de l'Ecole. Le conseil des professeurs donne son avis, le ministre statue.

Indemnité en cas de maladie.

Nous reproduisons la lettre suivante adressée à la *Tribune médicale* ; elle renseignera ceux de nos lecteurs qui se préoccupent de cette grosse question posée à l'Association générale.

Mon cher rédacteur en chef,

Vous savez mieux que personne que dans ce moment le Corps médical paraît sortir de sa torpeur traditionnelle, et qu'il a l'air de vouloir prendre à cœur la défense des intérêts professionnels. Depuis l'exercice illégal de la médecine jusqu'aux

Sociétés de prévoyance, sans négliger l'exercice médical à titre étranger, tout y passe et c'est fort heureux, je ne saurais trop encourager ce mouvement et je m'y emploie dans la limite de mes forces. Je sais que vous partagez mes idées sur ce point ; aussi je viens vous demander l'hospitalité pour exposer à vos lecteurs quelques considérations sur un point important des intérêts du Corps médical, je veux parler des associations formées entre médecins, dont, m'avez-vous dit, il a été beaucoup question au dîner *du syndicat de la presse médicale*.

Ces associations sont de deux ordres : d'une part le secours mutuel, d'autre part l'association mutuelle ou assurance mutuelle. Cette dernière forme seule nous occupera aujourd'hui, et nous ne visons dans cette courte étude que les assurances mutuelles en cas de maladie.

Ici nous nous trouvons en présence de deux écoles :

L'une qui veut l'indemnité limitée ou temporaire ;

L'autre qui veut l'indemnité illimitée ou permanente.

Pour moi, je suis partisan de l'indemnité permanente ; en deux mots, voici pourquoi :

Supposons que nous limitons à six mois le paiement de l'indemnité de maladie : Il est bien évident que, pour le confrère infirme, c'est au bout de ce temps que la gêne va se faire sentir, et que le moment paraît mal choisi pour l'abandonner à son manque de ressources ; mais je ne veux pas insister sur ce point, qui me paraît trop évident par lui-même, et j'en reviens à notre assurance mutuelle, à indemnité permanente.

La première question qui se pose est celle-ci : avec les données actuelles des tables de morbidité, peut-on garantir aux membres d'une semblable association le paiement d'une indemnité permanente en cas de maladie ? Il ne faut pas se dissimuler que les données de la statistique doivent toujours être acceptées et appliquées avec les plus grandes réserves ; mais il faut bien se dire aussi que, lorsque, puisant aux ressources les plus variées et les plus autorisées, on arrive toujours à une concordance parfaite des résultats, on est en droit de se faire une opinion. Pour moi, j'accepte sans réserves la formule suivante, à laquelle tout le monde se ralliera sans doute après la publication d'un travail considérable auquel le docteur Lagoguey met la dernière main en ce moment.

Voilà la formule : « Toute association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autre charge, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité temporaire ou permanente, par suite de maladie ou d'accident, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. Elle peut payer cette indemnité avec ses seules ressources et quelle que soit la durée de la maladie. »

Si donc la cotisation mensuelle est de 1, 2, 3, 4, 5, etc... francs, l'indemnité journalière sera de 1, 2, 3, 4, 5, etc... francs, quelle que soit la durée de la maladie.

Le problème me paraît bien posé, je vais tâcher de le résoudre en ne donnant que très peu ou pas de chiffres. Et, pour simplifier ma démonstration, je vais supposer :

1° Que chaque sociétaire paye une cotisation de *un* franc, et par conséquent a droit à une indemnité quotidienne de *un* franc ;

2° Que les frais de gestion sont évalués à 0 fr. 50 c. par an et par sociétaire, soit un peu plus de 4 0/0 de la cotisation annuelle.

Consultons les tables de MM. Hubbard et Prosper de Lafitte, et nous voyons que les moyennes des journées varient aux différents âges et augmentent parallèlement à l'âge ; mais cette augmentation n'est pas tellement rapide, qu'il ne faille arriver jusqu'à 62 ans pour que la moyenne des journées de maladie entraîne une dépense supérieure à la cotisation.

En effet, à 62 ans, la moyenne des journées de maladie est de 12,66.

Il faut donc payer, à un franc par jour, 12 fr. 66 c.

N'oublions pas les 50 centimes de frais de gestion :

Ce qui nous donne une dépense totale de 13 fr. 16 c., soit un déficit de 1 fr. 16 c., car notre recette a été seulement de 12 francs.

A 70 ans, la moyenne des journées de maladie est de 17,08, ce qui nous donne, en comptant de la même manière, un déficit de 5 fr. 58 c. par sociétaire.

Donc, si tous les associés avaient 62 ans ou plus, il n'y aurait que déficit dans une association commençant dans des conditions aussi invraisemblables. Heureusement que de 21 à 62 ans, il y a un bénéfice qui varie de 6 fr. 55 à 3 fr. 55 par an et par sociétaire, car les moyennes des journées de maladie varient entre 4,85 et 8,95.

Au total, d'après nos auteurs, la moyenne des journées de maladie de 21 à 70 ans est de 8,11, ce qui nécessite une dépense de 8 fr. 61, et laisse un bénéfice de 3 fr. 39 par an et par sociétaire.

Mais, dira-t-on, ceci est de la théorie ; eh bien ! rien n'est plus simple que de passer à la pratique en prenant un exemple à Paris même. Que se passe-t-il à la Société « la *Céramique* », qui fonctionne depuis 1818 sans avoir jamais cessé de verser, à ceux de ses membres qui devenaient infirmes, l'indemnité de maladie ?

Fait important, cette Société n'a jamais dépassé le nombre de 178 membres, et de 1839 à 1873, nous voyons tomber à 59 le nombre des membres. Eh bien ! malgré ces conditions on ne peut plus défavorables, nous voyons fonctionner la loi des moyennes, et au bout de 56 ans (de 1818 à 1873 inclus) nous trouvons un excédent de recettes de 100 fr. 06, soit 1 fr. 78 par sociétaire et par an. (Nous ramenons toujours à l'unité comme il a été dit au début.) A partir de 1873, cette Société a reçu une impulsion nouvelle et sa prospérité continue. Nous devons ces chiffres à M. Tagot, secrétaire-trésorier de « la *Céramique* » et chef du Bureau des titres à la Compagnie générale des omnibus, ce qui met sa compétence au-dessus de toute contestation.

Prenons maintenant le rapport général de M. le Ministre de l'intérieur sur les opérations des sociétés de secours mutuels de toute la France, et appliquons notre théorie de l'indemnité perpétuelle.

Pendant la période de 1881 à 1885, le nombre total des participants a été de 5,058,599.

Il a été payé 23,449,365 journées de maladie, soit une moyenne de 4,63 journées par sociétaire et par an. De plus, 57,499 vieillards ont reçu une

indemnité annuelle, ce qui fait que les malades de cette dernière catégorie fournissent la proportion totale de 1,13 sur 100 sociétaires.

Le paiement d'une indemnité annuelle de 365 fr. (nous partons toujours de l'unité) à chacun de ces invalides représente pour chaque sociétaire une dépense de 4 fr. 12 qui nous est donnée par la formule $\frac{365 \times 1,13}{100} = 4,12$.

Si à ces 4 fr. 12 nous ajoutons les 4 fr. 63 pour indemnité annuelle moyenne et 0 fr. 50 pour prix de gestion, nous arrivons à un total de 9 fr. 75, qui nous donne un excédent annuel probable de 2 fr. 75 par sociétaire, la cotisation étant de 12 francs.

Enfin et pour terminer, les résultats obtenus par l'association amicale des médecins anglais (plus de 32,000 livres sterling de capital réserve en cinq ans) viennent confirmer et enraciner ma foi.

Encore un mot : il faut bien remarquer que je n'ai jamais tenu compte de l'intérêt de l'argent en caisse, des dons, des décès, des démissions et des radiations, des droits d'entrée et autres recettes d'une nature essentiellement variable et qui, à mon sens, ne doivent être destinées qu'à parer à des éventualités diverses dans l'état desquelles il est inutile d'entrer.

Pardon, mon cher rédacteur en chef, de la longueur de ces explications, mais il me semble que maintenant je suis bien autorisé à dire que « toute association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autre charge, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité temporaire ou permanente, par suite de maladie ou accident, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. Elle peut payer cette indemnité avec ses seules ressources et quelle que soit la durée de la maladie. »

C'est exactement ce qui se fait à l'Association médicale mutuelle du département de la Seine, et ce qui se fera encore longtemps, si les données de la statistique restent ce qu'elles ont été jusqu'à présent.

Docteur RONDEAU,

Secrétaire général de l'Association médicale du département de la Seine.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Copie de la délibération prise par Messieurs les membres de l'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure sur la demande de Monsieur le Garde des Sceaux, au sujet de la revision du tarif des honoraires médico-légaux.

« Il y a lieu de reviser le tarif établi par le décret du 18 juin 1811, en y apportant les modifications suivantes :

1° Unification du tarif des honoraires médico-légaux dans la France entière.

2° Création d'un honoraire distinct pour la *visite* et le *rapport*.

La visite peut comporter un certificat et un pansement *sommaires*.

3° Établissement de 3 catégories pour les *autopsies*.

I. Autopsie d'enfant nouveau-né.
II. Autopsie de tout autre cadavre.
III. Autopsie après exhumation.

Tarif de ces diverses opérations.

a. Visite simple (avec ou sans certificat ou pansement sommaire)		5 fr.
b. Rapport		10 fr.
c. Autopsie 1re catégorie		10 fr.
— 2e —		20 fr.
— 3e —		50 fr.

4° Augmentation des indemnités de transport qui pourraient être fixées comme il suit :

Transport par voie ferrée 0 fr. 30 par kilom.
Transport par autres moyens 0 fr. 50 par kilom.

5° *a)* Les médecins chargés d'un mandat médico-légal devront toujours être considérés comme des *experts* ; il est indispensable de reconnaître à priori leur droit aux honoraires et aux *vacations*.

b) Toutefois il ne saurait y avoir cumul lorsque le médecin reçoit déjà des honoraires pour des opérations dont le prix est fixé au tarif, § 3.

c) Le système des vacations devra être appliqué chaque fois que le médecin sera chargé d'un examen, d'une expertise spéciale ou d'un pansement difficile ou long accompagnant la première visite, toutes opérations non prévues par le tarif indiqué ci-dessus.

d) Il y a lieu de créer des vacations de *jour* et des vacations de *nuit*.

La vacation sera comme par le passé de 3 heures.

Les vacations de jour comprendront 15 heures (de 7 heures du matin à 10 heures du soir) ; celles de nuit 9 heures (de 10 heures du soir à 7 heures du matin).

La vacation de jour sera fixée à 6 francs, celle de nuit à 10 francs.

6° Lorsque les médecins ou chirurgiens sont arrêtés dans le cours du voyage par force majeure, ou lorsqu'ils subissent un séjour forcé dans la ville où se fait l'instruction de la procédure et qui n'est pas celle de la résidence, il devra leur être alloué, pour chaque jour de séjour forcé, une indemnité équivalente au nombre des vacations que comporte le temps de ce séjour.

7° Quelle que soit l'autorité requérante, il y aura lieu d'assurer, d'une façon quelconque, l'honoraire de toutes les réquisitions faites au nom de la loi (qu'il s'agisse de parquets, de juges de paix, de commissaires de police ou de maires).

8° *a)* En ce qui concerne le recouvrement des honoraires judiciaires, il est nécessaire de simplifier les formalités si compliquées de la rédaction du mémoire en double.

b) Les médecins seront taxés par le juge d'instruction et n'auront qu'à percevoir leurs honoraires au bureau de l'enregistrement.

c) L'autorité requérante sera responsable du paiement des honoraires, les réquisitions devront porter le nom du magistrat qui les délivre. »

Pour copie conforme,

Le président de l'Association,

Dr PORSON.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise

Monsieur et cher Confrère,

A l'époque du 16 janvier, fixée par les statuts de notre Syndicat pour notre réunion obligatoire de l'année 1890, l'épidémie de grippe sévissait et rendait très problématique la possibilité de rassembler en grand nombre nos confrères. Nous avons donc résolu d'un commun accord de remettre la convocation à des temps plus calmes.

Nous pensons que ces temps sont arrivés et nous venons vous prier de vous joindre à nous le *Jeudi 20 Février courant, à 4 heures et demie très précises,* restaurant Bonvallet, rue Charlot, et boulevard du Temple, lieu habituel de nos réunions.

Les circonstances donneront, nous le constatons avec intérêt, une grande importance à cette réunion, à laquelle nous avons convié quelques personnes étrangères à notre Syndicat, susceptibles de rendre des services à notre profession en nous aidant de leurs conseils ou de leur haute situation.

La séance s'ouvrira donc à 4 heures et demie, et nous prions nos confrères d'être exacts. Jusqu'à l'heure du banquet (7 h.), nous aurons, croyons-nous, le temps nécessaire pour traiter les questions très intéressantes inscrites à l'ordre du jour et celles non moins dignes d'intérêt que vous voudrez bien soumettre à l'assemblée.

Dans le but de donner satisfaction à un certain nombre de nos collègues et interprétant une proposition qui a été faite dans notre dernière séance nous avons décidé, sauf votre approbation toutefois, que, nous en remettant à la bonne volonté de chacun pour venir par sa présence faire acte d'adhésion et de concours à notre Syndicat, nous solderons les frais du Banquet sur les fonds que possède la Caisse syndicale, et, si cette mesure a votre approbation pour l'avenir, nous vous prierons de voter une modification dans ce sens à l'article 17 des statuts.

Vous comprenez à merveille que dans ces conditions, et pour pouvoir prendre à temps les mesures nécessaires, nous avons besoin de connaître par une lettre adressée au Président, le nom de tous les confrères qui se disposent à se joindre à nous, surtout au Banquet fraternel.

Ayez donc l'obligeance de nous aviser *le plus promptement possible, au plus tard le 15 Février prochain*, de la volonté que vous avez de venir au rendez-vous. Profitez de l'occasion pour nous faire connaître le nom des confrères nouveaux que vous réussirez à entraîner avec vous et auxquels nous serons heureux d'ouvrir nos rangs. Indiquez-nous les propositions que vous auriez à soumettre à l'assemblée.

ORDRE DU JOUR :

I. Lecture du procès-verbal de la dernière séance; observations à propos de ce procès-verbal.

II. Vote sur l'admission des nouveaux membres du Syndicat.

III. Doit-on reconstituer l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise ? Sur quelles bases ?

IV. Communications relatives au Service médical des Indigents et à l'Inspection des enfants du premier âge.

V. Revision des lois qui régissent l'exercice de la Médecine. Revision du tarif des frais de justice criminelle.

VI. Modifications à apporter à l'article 17 des statuts du Syndicat.

VII. Propositions et communications diverses.

VIII. Nomination des délégués composant la Chambre Syndicale (1 membre par chaque canton).

IX. Election d'un Président, d'un Vice-Président et d'un Secrétaire-Trésorier, conformément aux articles 7, 8, 9, 10 et 11 des statuts.

X. Banquet obligatoire à 7 heures. Réponse S. V. P.

Veuillez agréer, cher confrère, la nouvelle expression de notre cordial dévouement.

Le Président,
Dr Bibard,
Fontoise.

Le Vice-Président,
Dr Millet,
Montmorency.

Le Secrétaire-Trésorier,
Dr Didier,
Montmorency.

De la prestation de serment dans les expertises médico-légales.

Puisque la parole est actuellement aux syndicats et associations médicales pour exprimer les desiderata de la loi de 1811, je vais aujourd'hui dire quelques mots sur la prestation de serment.

Le corps médical doit féliciter d'abord le ministre de la justice de cette déférence et de ce qu'il reconnaît l'existence des syndicats, sinon légale (il ne le peut), mais au moins comme corps constitués, et dont il reconnaît la valeur, puisqu'il les consulte.

Est-ce bien nécessaire qu'à chaque affaire où le médecin est appelé par la justice il prête serment ?

Oui, si l'on consulte le code d'instruction criminelle et les nombreux arrêts de la cour de cassation.

La cour de cassation a même jugé que le médecin appelé aux débats comme témoin et comme expert doit en cette double qualité prêter le double serment, à peine de nullité (C. de cass. 1827, 1833, 1840).

Cette jurisprudence absolument constante a-t-elle sa raison d'être ?

Je réponds résolument : non.

Quand le médecin habite une ville, ou même un simple chef-lieu de canton, avant de procéder, il prête serment devant un magistrat, juge d'instruction, procureur ou simplement juge de paix; c'est une formalité facile à remplir.

Mais quand il habite loin d'un chef-lieu de canton, c'est une autre affaire.

J'exerce la médecine dans trois cantons et je suis distant de Craonne (le chef-lieu de mon canton) de 8 kilomètres ; de Neufchâtel, de 24 kilomètres, et de Braisne de 18 kilom. Or, je suis appelé comme expert dans ces trois cantons.

Il y a quelques années, je fus appelé à Maisy, commune à *deux kilomètres* de ma résidence pour examiner une petite fille de 10 ans qui aurait été violée ; je m'y serais rendu parfaitement, mais en même temps que mon réquisitoire je recevais l'ordre de prêter serment à Craonne (18 kil. aller et retour en montagne) ou à Neufchâtel (plat chemin, mais 48 kilom.)

J'écrivis au Procureur que je voulais bien me rendre à Maisy, mais qu'il y fît venir préalablement le juge de paix dans le sein duquel je ne demandais pas mieux de déposer mon sermen

mais que, quant à parcourir les routes de la république sur un aussi long parcours pour cette petite cérémonie, je ne m'y prêterais point.

Résultat : l'enfant n'a pas été examinée, et au bout de quelques jours, on a relâché l'inculpé : ordonnance de non lieu.

C'est que la localité est distante de 40 kil. de Laon et que les médecins, pas plus, du reste, que les magistrats, ne tiennent à faire de si longs voyages !

J'ajoute que pour tous les trajets que j'indique, il n'y a aucunement de chemins de fer — simplement des routes !

Il n'y a pas très longtemps, je fus requis d'examiner une *jeune* personne de 75 ans qu'un terrassier italien avait essayé de violer ! Circonstance atténuante, c'était nuitamment.

Pour des motifs particuliers j'acceptai d'aller prêter serment à Craonne, juste à l'opposé de la demeure de la victime située à 14 kilomètres de l'autre côté.

Je fus payé pour 1 myr. 6 la faible somme de 3 fr. 75 pour quatre heures employées.

On parle de l'augmentation des frais de justice criminelle !

Oh ! voilà 3 fr. 75 que la justice aurait certainement pu économiser.

Dans ma déjà longue carrière médicale, j'ai reçu des réquisitoires particuliers. L'un du juge d'instruction, pour un homme qui avait reçu plusieurs coups de revolver ; et l'autre du procureur pour une enfant de 8 ans qu'on aurait violée (?).

Ces deux réquisitoires constataient que j'avais prêté serment entre leurs mains et j'étais appelé à fonctionner de suite comme expert.

Ce n'était peut-être pas très régulier, mais c'était commode, et ce devrait être toujours ainsi.

Il y a urgence de modifier le code d'instruction criminelle à ce sujet. *Que le médecin prête serment comme expert une fois pour toutes et qu'en tête de son rapport il mentionne cette prestation de serment*, cela vaudra bien la levée de la main droite devant un magistrat.

Cela aura cet autre avantage, c'est que, sans ces voyages absolument inutiles pour le serment, le médecin serait plus souvent l'auxiliaire de la justice.

Si le médecin doit être, comme devoir social, à la disposition de la justice, il faut que la justice, comme je le disais dernièrement à un magistrat, se mette un peu à la disposition du médecin de campagne. Tous ont à y gagner.

Dr H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisne),
Secrétaire-adjoint de l'*Union des Syndicats.*

REPORTAGE MÉDICAL

Dimanche 2 février, a eu lieu l'Assemblée annuelle de l'*Association mutuelle de la Seine*. Le résultat obtenu par cette œuvre *d'indemnité en cas de maladie* est satisfaisant. Les membres sont au nombre de 150. Ils possèdent plus de trente mille francs de réserves accumulées depuis leur entrée en fonctionnement ; ils ont payé de grosses sommes d'indemnités et les prévisions n'ont pas été déplacées par la maladie de 8 médecins atteints de grippe. Nous souhaitons vivement le succès de cette organisation. Nous avons publié le compte rendu du secrétaire M. le *Dr Rondeau* ; nous publierons prochainement les tableaux qu'il a lus à l'assemblée et qui permettent, dit-il, d'envisager avec tranquillité toutes les éventualités.

— Nous lisons dans le *Bulletin médical* quelques réflexions qui permettront aux syndicats de délibérer en paix, sans trop de hâte :

« Sachant depuis longtemps — comme tout le monde du reste — combien le *sein*, le fameux sein des Commissions, porte au sommeil, nous avons recherché où en étaient les travaux de la Commission dont parle M. le garde des sceaux dans sa circulaire.

Voici le résultat de notre petite enquête :

Cette Commission a été constituée il y a trois ou quatre ans. Elle était composée de fonctionnaires appartenant, les uns au ministère des finances, les autres au ministère de la justice. Elle s'est réunie un certain nombre de fois, suivant l'usage des commissions ; puis elle s'est endormie, ce qui est encore dans la tradition ; enfin, elle a, en quelque sorte, disparu, par suite des mises à la retraite, démissions, etc., etc., de bon nombre de ses membres.

Or, nos confrères de Rodez l'ont ressuscitée ! Il résulte, en effet, de nos renseignements, que le Ministre a pris des mesures pour remplacer les membres disparus et convoquer, à bref délai, la Commission ainsi reconstituée.

Comme, d'autre part, M. le garde des sceaux désire que l'on aboutisse rapidement à un résultat, on peut espérer qu'il en sera ainsi. Mais pour cela, il est indispensable, à notre avis, que la Commission limite provisoirement son travail à la revision du tarif des honoraires des *médecins* en matière d'expertises judiciaires. Si, comme cela a eu lieu la première fois, elle s'embarque dans la revision générale des tarifs des frais de justice en matière criminelle, correctionnelle et de police, on n'en sortira pas, et en l'an 2000 et plus, les médecins experts seront *traités sur le même pied qu'aujourd'hui*, c'est-à-dire qu'en 1811.

Les *syndicats médicaux* et les autres associations médicales dont M. le ministre appelle l'avis, sauront — nous en sommes persuadés — tourner cet écueil. »

— La proposition de loi *Chevandier*, révisant la législation médicale va venir devant les Chambres, en passant par le conseil des ministres. — Nous nous trouvons déjà en présence d'une fin de non recevoir provoquée par l'expression regrettable de l'opinion du Doyen de la Faculté. M. Brouardel repousse l'unification du diplôme parce qu'il craint que *cesser de faire des officiers de santé*, ce serait favoriser les rebouteurs et les empiriques, M. le Doyen devrait consulter les statistiques de la Faculté qu'il dirige ; il verrait d'une part que si il y a 10 ans il avait 3500 étudiants, il en a maintenant plus de six mille. Si la Faculté ne délivre pas plus de diplômes, il pourrait rechercher les causes de cet arrêt dans la carrière des aspirants au doctorat et les faire disparaître. S'il y parvenait, il n'aurait plus à professer une opinion contraire à celle de presque tout le corps médical sur l'unification du diplôme que nous considérons comme très souhaitable.

L'exercice de la médecine.

Nous lisons dans l'*Eclair* :

La commission chargée de l'examen de la proposition de M. Chevandier sur l'exercice de la médecine a entendu M. Fallières, ministre de la justice.

Le ministre de l'instruction publique, contrairement à l'opinion que certains journaux lui avaient attribuée par erreur, s'est prononcé pour l'unification des grades médicaux, c'est-à-dire pour la suppression des officiers de santé.

Il estime en effet, que le nombre des docteurs en médecine peut aujourd'hui, en raison des facilités de communication, répondre à tous les besoins de la population. D'ailleurs, la suppression des officiers de santé résulte en quelque sorte des dispositions de la nouvelle loi sur le recrutement de l'armée, les candidats à l'officiat n'étant pas compris dans les catégories de dispensés.

En ce qui concerne les médecins étrangers, M. Fallières est d'avis que la réciprocité ne peut être admise entre nations pour la valeur des diplômes et des grades médicaux.

Il y a des pays en effet, ou certaines Facultés délivrent des diplômes excellents qui ont une valeur égale à celle des diplômes français, et, à côté de ces Facultés, des Facultés moins sérieuses qui vendent les diplômes médicaux. Le seul moyen pratique — l'équivalence de Faculté à Faculté ne pouvant être aisément établie — consiste d'après le ministre de l'instruction publique à imposer aux médecins étrangers des examens spéciaux qui seraient passés devant nos Facultés de médecine et à la suite desquels l'équivalence de grade serait accordée ou refusée.

De toute façon, les médecins étrangers ne pourraient exercer en France qu'après avoir obtenu le diplôme de docteur devant une Faculté française, et qu'après avoir subi pour obtenir ce diplôme la dernière partie des épreuves imposées à nos étudiants en médecine.

Quant aux médecins étrangers qui viennent séjourner dans nos stations thermales ou hivernales, ils seraient exceptionnellement autorisés à exercer, mais auprès de leurs nationaux seulement.

Il ne serait rien innové en ce qui concerne les sages-femmes.

Pour les dentistes, il serait créé un diplôme spécial dans les conditions indiquées par M. le docteur David, député des Alpes-Maritimes, qui pratique lui-même l'art dentaire.

Ces conditions seraient les suivantes ; obligation d'un certificat d'études, — inscription dans une faculté ou dans une école de médecine, — stage de trois années chez un dentiste, — examen de validation du stage, — une année de cours dans une faculté ou dans une école de médecine, — examen passé devant un jury qui comprendrait un professeur de médecine, l'agrégé chargé du cours d'odontologie et un dentiste. Les études dentaires seraient comme on le voit, assimilées aux études pharmaceutiques.

La commission n'a pris aucune décision.

— En mai auront lieu les premiers examens pour l'*avancement* des médecins de la *réserve et de la territoriale*.

— M. *Berger*, député de la Seine, est le rapporteur du projet de la loi d'adduction à Paris, des *eaux de l'Avre*. Il est à supposer que le projet aboutira, puisque la majorité de la commission est favorable au projet de loi rapporté en 1889 par le Dr *Gadaud*.

— Mme Vve Magnier lègue 15,000 fr. à l'Association générale ; 5,000 fr. à la Société centrale ; 10,000 fr. à la Société de chirurgie et en outre à l'Association générale la nu-propriété d'une rente de 6,000 fr.

— La mortalité de la 1re semaine de février s'est abaissée au-dessous de la moyenne des décès hebdomadaires, qui est à Paris d'environ 1,100.

— *Maladies des enfants.* — Le docteur Legroux, agrégé de la Faculté, a commencé ses conférences cliniques le mercredi 5 février, à 3 heures et demie, à l'hôpital Trousseau (salles Bouvier et Archambault), et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. (Les élèves seront, dans le cours des conférences, chargés d'examiner les malades, pour s'habituer aux difficultés de la clinique infantile.)

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Les deux gros volumes du « *Congrès de l'Assistance* », formant 1400 pages, sont parus. A signaler dans le tome II une bibliographie qui rendra les plus grands services à MM. les médecins qui s'intéressent à la question : La Bibliographie méthodique de l'assistance publique et privée en France et à l'Etranger ! Charité, Mendicité, Paupérisme, Eaux thermales, Enfants assistés, abandonnés, trouvés, etc... Assistance donnée dans la commune. Du fonctionnement des ambulances civiles et internationales sur le champ de bataille, etc., etc. Prix des deux volumes : 20 fr.

Un médecin de campagne au XIXe siècle, par le Dr Jules Lafage. Extrait : « J'ai profité de la circonstance « pour mettre en scène le biberon à l'usage des nourrissons que Paris nous envoie. « Avec cela, plus « d'oïdium albicans, plus de champignons ! — Plus de « champignons, m'a objecté le maire, rouge écarlate, « mais y pensez-vous, Monsieur ? C'est la ruine de la « contrée que vous proposez et je n'y consentirai « jamais, car notre industrie principale est celle des « champignons et des barbes de Capucin ! ».

Nous promettons quelques quarts d'heure de plaisir aux médecins lecteurs de ce petit livre in-18 du Dr Lafage, il est original et plein de verve. Prix : 2 fr.

La Folie de Mahomed, sultan des Indes, étude médico-psychologique, par le Dr Edgard Bérillon. Prix : 1 franc.

Le Touriste aux environs de Paris. La Malmaison. Saint-Cucufa. Bougival. Louveciennes, Vaucresson, La Celle-Saint-Cloud ; richement illustré d'après des photographies. Prix de cette livraison sur beau papier 1 fr. 25.

Les Sciences Biologiques en 1889. Sommaire de la septième livraison : Pasteur, sa vie et ses œuvres, avec un beau portrait de Pasteur et huit clichés des principaux bacilles qu'il a découverts. — Darwinisme et Philosophie, influence des doctrines biologiques de Darwin sur le mouvement physiologique contemporain, par le Dr Brazier. — Notions les plus nouvelles sur le système nerveux de la peau, par Courtois-Suffit. — La Physiologie appliquée à la thérapeutique, par Laborde, de l'Académie de médecine. Prix de chaque livraison : 1 fr. 25.

Prix de l'ouvrage complet par souscription : 30 fr. (Nous comptons déjà 400 souscriptions). Remise de 20 % sur tous ces ouvrages à MM. les membres du Concours médical.

Adresser toute demande à MM. les éditeurs du Concours Médical, 4, rue Antoine-Dubois, 4, Paris, place de l'Ecole de Médecine.

Lucas Championnière. *Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures.* In-8° de 48 pages. Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André. Maison spéciale pour journaux et revues

Douzième année | N° 9 | 1er Mars 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

La Révision des lois de l'an XI et de la loi de mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Il n'est pas encore temps de nous congratuler de la revision si longtemps attendue de ces deux lois ; mais nous pouvons bien annoncer à nos lecteurs que la perspective de leur modification par les Chambres devient enfin moins lointaine, et que tout permet de supposer que la présente législature verra luire l'aurore du jour tant souhaité. Le *Concours médical* et les *Syndicats* n'auront pas fait en vain des efforts persévérants.

L'accord s'est établi, d'une part, entre les ministres compétents et MM. Chevandier et Lockroy. D'autre part, M. le doyen *Brouardel* s'est rallié à l'opinion, professée par toutes les sociétés médicales, que si le maintien des droits des officiers de santé actuels et même leur extension étaient souhaitables, il n'y avait plus nécessité de continuer à délivrer le *diplôme d'officier de santé*.

La commission de la Chambre a sous les yeux le projet Chevandier et celui de M. Lockroy. Elle adopte la plus grande partie des articles du premier ; la loi a été déclarée urgente et par conséquent elle est débarrassée de bien des formalités, qui comportent des délais excessifs.

M. *Chevandier*, pour les abréger encore, va s'enquérir de la possibilité de faire travailler en commun les commissions respectives du Sénat et de la Chambre. Nous croyons, en conséquence, que les membres de notre société et les adhérents des syndicats médicaux peuvent, dès à présent, écrire à leurs représentants politiques pour leur recommander le projet *Chevandier*.

On peut remarquer qu'un article spécial de ce projet édicte que *les médecins ont le droit de bénéficier de la loi du 24 mars 1884 sur les Syndicats*. La loi de revision, si elle est votée, importe donc à tous les médecins.

Ce qui nous permet de concevoir de fermes espérances, c'est que jusqu'à ce jour, tant pour la revision des lois de l'an XI que pour celle sur les Syndicats, nous n'avons pas rencontré un député, un sénateur qui ne fussent disposés à les amender dans un sens favorable à nos vœux.

Jeudi 20 février, au *Syndicat de Pontoise*, qui tenait sa séance à Paris, nombre de sénateurs et de députés avaient été invités par M. le Dr *Bibard*, président du Syndicat, à assister à la séance et au banquet, auquel nous avions été convié également. Ces Messieurs ont donné à la réunion les plus sérieuses affirmations de leur bon vouloir ; notamment en ce qui concerne l'interprétation de la *loi sur les Syndicats*, l'honorable M. Maze, sénateur de Seine-et-Oise, qui avait fait partie de la commission de la Chambre en 1884, relative à cette loi, a exprimé son étonnement de l'interprétation limitative de la loi par la magistrature.

Nous espérons publier bientôt le procès-verbal de cette séance du Syndicat de Pontoise. Nos confrères puiseront dans cette lecture la conviction que le corps médical vivra enfin sous le régime d'une législation plus appropriée aux besoins, aux nécessités de notre époque.

Faisons donc tous un nouvel effort pour que l'événement vienne enfin justifier notre trop longue attente.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

La myocardite segmentaire essentielle chronique.

M. le professeur Renaut (de Lyon) a fait lire à l'Académie un travail sur une forme particulière de myocardite qui se caractérise anatomiquement par le ramollissement du ciment qui unit bout à bout les cellules musculaires du cœur. Cette myocardite segmentaire essentielle n'est pas, comme les autres myocardites segmentaires symptomatiques des affections valvulaires, accompagnée de lésions des séreuses, de cirrhose cardiaque ni d'endartérite des vaisseaux du myocarde.

On l'observe chez les vieillards ou les individus sénilisés prématurément par l'alcoolisme, la goutte, ou à la suite de quelques maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde.

Cette cardiopathie se révèle par l'arythmie du cœur et du pouls.

M. Renaut distingue deux formes de pouls myocardique : le *faux pouls régulier* où les pulsations artérielles ne sont plus ni équipotentielles ni équidistantes, bien qu'au doigt elles semblent régulières, et le *pouls arythmique vrai multiforme* où on voit d'instant en instant les pulsations changer de hauteur, de distance entre elles, de rythme, etc. Les variations de ce pouls défient toute description.

Comme trouble cardiaque, M. Renaut signale l'*effacement du choc précordial localisé* et une *matité rectangulaire du cœur*. Les bruits normaux sont affaiblis et tôt ou tard apparaît d'une manière épisodique ou permanente un *souffle systolique médio-cardiaque*, c'est-à-dire siégeant à égale distance de la pointe et du foyer sigmoïdien, bruit limité, se propageant très peu et se distinguant des souffles dus à l'endocardite déformante de la mitrale, parce qu'il ne s'accompagne d'aucun bruit harmonique surajouté.

De plus, la myocardite segmentaire ne produit ni la tuméfaction avec sensibilité du foie, ni les veinosités du visage, ni l'encombrement des grands réservoirs veineux, ni les autres signes de dilatation du cœur droit. On remarque seulement chez beaucoup de ces malades un très léger œdème malléolaire presque latent et quelquefois un peu d'œdème pulmonaire des bases surtout à gauche.

La mort peut survenir par syncope brusque ou asystolie, par thromboses corticales du cerveau. Ces malades ont une vulnérabilité particulière aux causes morbifiques accidentelles : un rien les tue. Il faut leur donner la digitale et les toniques généraux, leur éviter surtout les bronchites et, quand celles-ci durent un peu, associer l'ergot de seigle à la digitale.

Amyotrophie d'origine articulaire avec phénomènes médullo-bulbaires consécutifs (cri réflexe)

M. du Cazal a présenté à la Société de biologie (1) un malade fort curieux.

C'est un garde de Paris qui, en revenant un soir du théâtre où il avait été de service, fit un faux pas et tomba en avant. A la suite de cette chute, dans laquelle le genou droit avait porté sur le sol, il se développa une arthrite qui ne paraît pas avoir été bien grave. Puis survint, comme c'est l'habitude, une atrophie des muscles extenseurs situés au-dessus de l'article malade, c'est-à-dire dans l'espèce une atrophie du triceps crural, atrophie aujourd'hui assez prononcée pour qu'il soit impossible au malade de déplacer son membre inférieur droit du plan sur lequel il se trouve, sans l'aide de sa main.

Or, si le fait est commun, la nature de cette amyotrophie n'est pas encore bien établie. Vulpian en a donné une explication qui est encore discutée : il en faisait une amyotrophie d'origine médullaire.

Chez le malade de M. du Cazal l'altération médullaire paraît évidente, et son cas semble être une preuve indiscutable de la vérité de la théorie pathogénique de Vulpian.

Chez lui, en effet, il est facile de s'assurer que l'excitabilité médullaire est considérablement exagérée, et cette hyperexcitabilité, qui se manifeste par une exagération grande des réflexes patellaires, ne se montre pas seulement du côté malade, mais aussi du côté opposé, ce qui permet d'affirmer que *les fonctions de la moelle sont atteintes dans toute son épaisseur*.

La moelle est atteinte aussi dans toute sa hauteur : en effet lorsqu'on frappe sur le tendon rotulien du côté droit (côté de l'atrophie), non seulement on détermine un réflexe rotulien exagéré, mais on provoque aussi un *cri réflexe*, causé par la contraction spasmodique des muscles de la glotte ; or la physiologie nous enseigne que le centre provocateur de ce réflexe se trouve dans les parties les plus élevées de la moelle. Ce cri est l'analogue de celui que les physiologistes provoquent en pinçant la patte d'un animal, auquel ils ont préalablement enlevé les lobes cérébraux et auquel ils ont donné le nom de cri de polichinelle.

M. du Cazal repousse l'idée d'une simulation. Outre qu'il ne faut pas, comme on le faisait autrefois, voir la simulation partout, il n'est pas possible de se méprendre aux caractères du spasme expiratoire : c'est un cri absolument inconscient, que le malade n'est pas plus maître de produire que de réprimer.

On a pu se demander si ce malade n'est pas hystérique. Lors de son examen électro-diagnostique par M. Vigouroux, il a bien présenté une augmentation de résistance au courant galvanique, mais, à part cela, on ne trouve sur lui aucun des stigmates de l'hystérie, pas de rétrécissement du champ visuel, pas d'achromatopsie, aucune altération de la sensibilité sensorielle ou générale. Je crois donc que l'hystérie, dans ce cas, peut être éliminée.

Anurie calculeuse durant huit jours et suivie de guérison (1).

M. *Féréol* vient de rapporter l'observation d'un homme de 49 ans, goutteux par hérédité depuis plus de 20 ans sans avoir jamais soigné sa goutte, qui avait eu en l'espace de 2 mois deux crises d'anurie de 24 heures, précédées de douleurs vagues dans les reins et d'hématurie, puis suivies d'émission d'urine claire, non albumineuse et d'un petit calcul urique.

Il en eut récemment à la suite de prodromes semblables une troisième qui dura huit jours

(1) 15 février.

(1) Société des hôpitaux, 14 février.

pleins. Il urina peut-être vingt gouttes d'urine foncée pendant cette semaine.

Puis l'anurie cessa brusquement et en 24 heures le malade expulsa dix litres d'urine aqueuse contenant 14 grammes 70 d'urée par litre, soit 170 gr. pour les 24 heures. En même temps sortaient un calcul unique gros comme un pois et plusieurs petits.

Pendant les huit jours d'anurie le malade éprouva peu de symptômes pénibles, sinon une faible douleur du côté droit ; la vessie était vide. On nota seulement comme indices possibles d'intoxication dans les deux derniers jours de la crise, le ralentissement du pouls qui tomba à 52, l'abaissement de la température (37° dans le rectum) la dilatation pupillaire, une sensation subjective d'odeur ammoniacale dans les urines.

Le traitement complexe consista en ventouses sèches sur la région lombaire, électrisation matin et soir. Inhalation de 15 litres d'oxygène par jour, 1 litre 1/2 de lait, un demi-litre d'eau de Vichy et 1/2 litre d'une eau alcaline très peu minéralisée, potion diurétique de Beaujon. Bain de 15 minutes le 5e jour. Purgation avec eau-de-vie allemande et sirop de nerprun le 7e. 0,30 centigr. de caféine en potion avaient été pris le matin du jour où eut lieu la débâcle.

Se demandant quel a pu être le mécanisme de cette anurie, M. Féréol écarte l'hypothèse d'un rein unique qui ne lui paraît pas conciliable avec l'hypersécrétion considérable effectuée pendant les 24 heures qui ont suivi la crise ; il accepte l'hypothèse d'une inhibition réflexe exercée par le rein bouché sur le rein sain et ayant cessé brusquement quand l'obstacle a été levé.

Le peu d'intensité de la douleur permet de penser que le calcul n'était pas engagé dans l'uretère, mais était resté dans le bassinet au niveau de l'orifice supérieur de l'uretère ou à l'orifice inférieur de celui-ci au niveau de la valvule qui rétrécit son abouchement dans la vessie. On n'a constaté ni dilatation de l'uretère, ni hydronéphrose, ni augmentation notable du volume du rein.

L'urée a dû s'accumuler dans le sang, car rien n'indique qu'il se soit fait une élimination vicariante par d'autres émonctoires. La peau était sèche, il y eut de la constipation, sauf un litre environ de selles aqueuses le jour de la purgation.

16 jours après la crise, le malade est à peu près en bonne santé, sauf quelques douleurs lombaires légères et l'émission quotidienne d'un peu de gravelle urique.

M. Royet (de Saint-Benoit du Sault) a observé un cas qui mérite d'être rapproché du précédent. Un homme de 80 ans, atteint de goutte tophacée, a présenté une énorme dilatation de l'uretère gauche par des graviers, sans accidents urémiques ni anurie. Quand les calculs eurent été éliminés et que la tumeur eut disparu, il y eut plusieurs crises successives d'anurie, mais dont aucune ne dépassa 36 heures.

M. *Hayem* trouve que le cas de M. Féréol va à l'encontre de l'opinion généralement admise, suivant laquelle un homme adulte fabrique en trois jours assez de poisons urinaires pour se tuer.

Le malade de M. Féréol avait de la dilatation pupillaire, ce qui ne cadre pas avec l'opinion de Roberts, qui considère le myosis comme caractéristique de l'urémie par anurie prolongée.

Si on avait dosé la quantité de potasse contenue dans l'urine de la débâcle, on aurait pu contrôler l'opinion de Voit, Feltz et Ritter qui ont admis que la toxicité des urines est proportionnelle à leur richesse en sels potassiques.

M. Hayem a toujours trouvé l'urée excrétée en abondance après une période d'anurie ; celle-ci n'eût-elle duré que 24 heures, il a constaté par l'addition d'acide nitrique la formation d'un véritable culot de nitrate d'urée.

M. Hayem a vu un homme succomber au bout de neuf heures seulement d'anurie, mais probablement alors par syncope réflexe provoquée par l'intensité des douleurs de colique néphrétique.

M. *Féréol* dit que dans les anuries de longue durée la mort survient plutôt dans le coma, plus rarement dans les convulsions.

M. *Ferrand* fait remarquer que la tolérance pour l'anurie est variable suivant les individus. Il cite le cas d'un malade névropathe qui eut une rétention d'urine pendant 7 jours ; chaque soir le malade ayant la vessie pleine avait du délire et tombait dans le coma ; on ponctionnait chaque jour la vessie, le cathétérisme étant impraticable, et les accidents urémiques cessaient aussitôt, mais le soir suivant, quand la vessie était remplie, les accidents délirants et comateux reparaissaient.

Suivant M. *Féréol*, les accidents urémiques se produisent plus lentement dans l'anurie que dans la rétention d'urine.

Contagiosité de la grippe.

M. *Antony* (du Val-de Grâce) a soigné dans son service 80 cas de grippe, dont 66 venus du dehors et 14 cas intérieurs. 18 fois il y eut grippe simple sans fièvre, 42 fois fièvre catarrhale, 14 fois bronchite capillaire (dont 2 décés avec streptocoques) et 6 fois broncho-pneumonie (dont 1 décés).

Les premiers cas intérieurs parurent dans le service 3 jours après l'arrivée des grippés du dehors. Ceux-ci ayant été disséminés au hasard dans les salles près des malades les moins graves, les cas intérieurs éclatèrent toujours chez les malades du service un à quatre jours après l'installation d'un grippé dans le lit voisin. 8 malades graves qui se trouvaient dans la salle avant l'arrivée des grippés avaient été maintenus groupés dés le début ; aucun d'eux ne fut atteint de la grippe.

M. Antony voit, dans ce mode particulier de dissémination de la grippe, un argument en faveur de sa contagiosité.

M. *Barth* partage l'opinion de M. Antony sur la contagiosité de la grippe ; il y a été amené sans idée préconçue par l'observation d'une épidémie intérieure qu'il a vue à l'hôpital Broussais ; l'incubation était analogue à celle qu'a notée M. Antony. Il rappelle que la diffusion de la grippe, qui dans tous les pays a frappé d'abord la capitale, puis les villes secondaires et enfin les plus petites localités, est en rapport plutôt avec les moyens de communication qu'avec la direction des vents.

Urobilinurie dans la grippe.

M. *Hayem* a observé chez tous les grippés en ville comme à l'hôpital, un symptôme qui n'a pas encore été indiqué, c'est une urobilinurie très marquée et proportionnelle comme intensité à la gravité des manifestations de la grippe.

Procédé de conservation du lait et de la crème.

M. le Dr Gallavardin fait connaître dans le *Lyon médical* un procédé de conservation du lait qui est l'application de trois lois de la physique.

1° Placer un pot rempli de lait dans un saladier ou autre vase analogue contenant de l'eau froide jusqu'au tiers de sa hauteur. Avec un linge doublé ou triplé, et trempé dans l'eau froide, recouvrir le pot de lait, de telle façon que les bords de ce linge baignent dans l'eau du saladier. La nappe d'eau entourant de tous côtés le pot de lait et celle contenue dans le linge sont soumises à une évaporation continue, ce qui maintient à une température relativement basse et ces couches d'eau et surtout le lait qu'elles entourent.

2° Malgré cette précaution, le lait *tourne* quelquefois, suivant l'expression vulgaire, c'est-à-dire que le sucre du lait ou lactose se transforme dans ce cas, non en alcool, mais en acide lactique, quand il tonne fortement et longtemps. Alors pour préserver le lait des décharges de l'électricité atmosphérique, verser le lait non plus dans un pot de grès, de porcelaine ou de métal, mais dans un pot de verre, parce que le verre a la propriété d'être un corps isolant des courants électriques.

3° M. Gallavardin rappelle, pour expliquer la troisième partie de son procédé, les expériences de cuisine solaire jadis entreprises par M. Mouchot, ancien professeur de physique de nos lycées, que Napoléon III avait fort aidé de son argent dans ses recherches de cuisine solaire en Europe et en Algérie.

L'appareil de cuisine solaire que M. Mouchot avait exposé en 1878 à l'Exposition universelle consistait en un miroir métallique concave à 45 degrés et d'un diamètre de 70 centimètres environ, semblable, disait M. Mouchot, à celui que les anciens, d'après le récit de Plutarque, employaient pour allumer le feu sacré des autels. Au centre de ce miroir était placé perpendiculairement un cylindre pouvant contenir de l'eau à faire bouillir ou des aliments (viande, légumes) à faire cuire. Or, M. Mouchot avait constaté que, lorsqu'il plaçait dans ce cylindre de la viande assaisonnée de sel et de beurre, ce dernier, quoique très frais, rancissait presque immédiatement sous l'influence des rayons chimiques du soleil qui étaient projetés avec une grande intensité par les parois internes du miroir concave.

Alors, pour intercepter ces rayons chimiques solaires, M. Mouchot plaça entre son miroir et le soleil une plaque de verre jaune ou de verre rouge. Grâce à ce moyen le beurre entourant la viande ou les légumes ne rancit plus du tout.

« Présumant, dit M. Gallavardin, que, malgré les deux procédés de conservation exposés plus haut, le lait pouvait pendant les grandes chaleurs *tourner*, parce qu'il était alors décomposé sous l'influence des rayons chimiques du soleil, je me décidai de le préserver de ces rayons chimiques en le plaçant dans des pots en verre jaune, ceux-ci étant moins chers que les pots en verre rouge (1). Dès lors, grâce à ce troisième procédé, le lait peut être conservé, non pas indéfiniment, mais plus longtemps qu'à l'aide des deux premiers procédés. Je fus même très étonné en constatant que du lait de même provenance et de même date, qu'on avait fait bouillir afin de le conserver pour un de mes enfants, s'altérait plus tôt que celui que j'avais conservé pour moi à l'aide des trois procédés employés simultanément et que je viens faire connaître ici, parce que le lait, non bouilli, conserve mieux son arome si agréable, et peut-être aussi quelques-unes de ses autres propriétés. »

M. Gallavardin cite, en outre, un procédé pour conserver la crème. Ce procédé consiste à mêler la crème avec une égale quantité de sucre blanc, qu'on fait au préalable dissoudre dans un peu d'eau par une chaleur modérée. Après quoi on fait bouillir cette solution, pendant deux minutes, dans un vase de terre avant d'y ajouter la crème. On remue bien le mélange sur le feu, on le laisse refroidir, puis on le verse dans une bouteille bien bouchée, qu'on a soin de tenir au frais. On a ainsi de la crème fraîche qui se conserve sur mer pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois, comme l'a expérimenté le Dr Wright (Edimbourg), qui a séjourné longtemps aux Indes orientales.

(1) Les fabricants pourraient confectionner des couvercles en verre de même couleur pour les pots de lait afin d'empêcher le lait de s'altérer sous l'influence des coups de tonnerre et des rayons chimiques du soleil.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Du régime végétarien au point de vue thérapeutique (1),

Par M. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin.

Cette question du régime végétarien est une des plus importantes de celles que soulève l'application du régime alimentaire dans la cure des maladies; aussi, j'ai cru devoir lui consacrer cette conférence, J'espère vous démontrer que si, appliqué à l'homme sain et sous notre climat, le végétarisme est une erreur, ce régime, au contraire, trouve son emploi justifié dans la cure d'un très grand nombre d'affections de l'estomac et des reins.

Pour juger cette question, il nous faudra invoquer successivement la physiologie, l'anatomie et l'anthropologie.

Par l'ensemble de son tube digestif, par son système dentaire, l'homme doit être placé dans le groupe des omnivores, et c'est ce qui lui permet de vivre sous tous les climats. Carnivore dans les pays froids, il devient végétarien dans les régions chaudes, et à ce propos nous devons repousser un des arguments les plus spécieux des végétariens qui, en se fondant sur l'analogie si intime qui existe entre le tube digestif de l'homme et celui des primates, ont soutenu que, comme le singe, l'homme devait être herbivore et frugivore.

Ce fait n'a pas la valeur que lui attribuent les végétariens, car les singes ne vivent que dans les pays chauds, où l'homme lui-même est végétarien, et s'il existait des espèces de singes vivant dans nos climats, ils seraient probablement carnivores comme nous; l'on peut, en effet, soumettre dans notre pays le singe, avec avantage, au même régime alimentaire complexe que l'homme, et introduire la viande dans son alimentation.

Cette question du climat ne paraît pas avoir pris l'importance qu'elle mérite dans les discussions si

(1) Conférence à la Société de médecine pratique; *Bulletin médical*, 16 février.

nombreuses qui se sont élevées à propos du végétarisme, et je crains qu'on ait trop souvent comparé l'homme habitant dans les pays chauds à celui qui vit dans les régions tempérées et froides. Nous voyons l'Anglais, le mangeur de viande par excellence, qui tire de ce régime de grands avantages quand il habite son pays, devenir malade sous l'influence de ce même régime alimentaire, quand il habite les zones torrides, comme l'Inde, où il est forcé de devenir alors végétarien.

Il est certain que, selon les climats, l'homme peut trouver, dans une alimentation purement végétale, tous les éléments de force nécessaire, et c'est une erreur de croire que l'alimentation carnée est absolument indispensable pour la production de la force. N'est-ce pas aux animaux purement herbivores, le cheval et le bœuf, que nous demandons la plus grande somme de travail musculaire ? et l'Hindou, le Chinois, le Tonkinois, qui se nourrissent exclusivement de riz, peuvent produire un travail égal et même supérieur aux ouvriers des pays du Nord qui se nourrissent de viande.

D'ailleurs, on peut affirmer que le plus grand nombre des habitants du globe font usage, soit par nécessité, soit par religion, de l'alimentation végétarienne ; mais, lorsque nous considérons les climats froids et les climats tempérés, l'introduction de la viande dans le régime de l'ouvrier augmente la production de son travail.

Dans son ouvrage, Mme le docteur Kingsfordt fait une longue énumération des différents pays où les individus se nourrissent exclusivement avec un régime végétarien, et elle fait remarquer que, dans les pays du Nord ou les pays tempérés, la classe populaire est soumise au végétarisme. Le fait n'est pas douteux, et nous voyons encore en France un grand nombre de nos ouvriers des campagnes être des végétariens. Mais on oublie que ce régime est imposé par la misère à ces classes laborieuses, et, à coup sûr, l'Irlandais, qui ne vit que de légumes, ne demanderait pas mieux que de manger de la viande, s'il le pouvait. Ce qu'il faut démontrer, ce n'est pas l'impossibilité de vivre avec un régime végétarien dans nos climats, cela n'est douteux pour personne ; mais c'est de prouver que ce régime végétarien, au point de vue de la production du travail, est supérieur à la ration obtenue en introduisant dans le régime une certaine quantité de viande. A cet égard, les faits statistiques sont absolument opposés à cette doctrine, et à mesure que, dans nos campagnes, la ration alimentaire s'est perfectionnée par une consommation plus grande de la viande, la santé générale est devenue meilleure et la production de travail a été augmentée.

D'ailleurs, l'histoire de l'homme est là pour nous montrer que, dès l'origine, il a dû se plier, grâce à son caractère d'omnivorité, aux climats sous lesquels il vivait. A l'origine, avant qu'il n'eût en main les armes qui lui permissent de se livrer à une chasse fructueuse, l'homme a dû être purement végétarien, mais une fois en possession d'armes offensives, il est devenu carnivore, et le Troglodyte de la Vézère cuisait au feu, qu'il entretenait en permanence devant l'ouverture de sa caverne, les morceaux de rennes qu'il avait tués à la chasse. Cette nécessité lui était imposée par le climat rigoureux sous lequel il vivait ; notre pays subissait alors les périodes glaciaires, et le renne et l'ours y vivaient en abondance.

Au contraire, dans les pays chauds, l'homme pouvait éviter l'alimentation par la viande. Dans l'Inde, nous voyons le régime végétarien fixé par la religion.

La proscription du régime carné est renouvelée par les grands philosophes et les grands réformateurs qui paraissent tous frappés des inconvénients qui résultent des excès de nourriture et surtout des excès de viande, et cela même aux périodes fabuliques de notre histoire.

Mais c'est à Pythagore, de Samos, que revient l'honneur d'avoir fixé le régime végétarien auquel on a donné aussi le nom de régime de Pythagore. Cependant ce régime de Pythagore était loin de présenter la sévérité qu'on lui a attribuée depuis, puisque, d'après Cocchi, il ne proscrivait pas absolument les viandes et que l'on pouvait manger de la chair d'animaux jeunes et tendres.

Socrate, Platon professaient les mêmes idées, et, dans le célèbre dialogue : *La République de Platon*, Socrate fait végétariens les habitants de cette république ; aussi son interlocuteur Glaucon, qui paraît tenir à une alimentation plus substantielle, a-t-il soin de lui répondre, après l'énumération du frugal repas végétarien pris par les habitants de cette république : « Si tu formais un état de pourceaux, les nourrirais-tu d'une autre manière ? »

Vous trouverez maintes fois ces doctrines végétariennes chez presque tous les philosophes antiques, Plutarque, etc. Il en est de même dans les Pères de l'Église.

Dans des temps beaucoup plus proches de nous (1709), Hecquet, qui était un des partisans les plus acharnés de la saignée, puisqu'il a servi de type à Lesage pour son docteur Sangrado, était aussi très partisan du régime végétarien.

A peu près à la même époque, en 1760, l'Angleterre possédait un médecin convaincu de la valeur du régime végétarien, c'est Cheyne. Cheyne, comme Hecquet, repoussait de l'alimentation tout ce qui jouissait de la vie animale ; de même Rousseau et Voltaire ont vanté le végétarisme.

Cuvier, Buffon, Monthyon, de la Metterie, Byron, Ménard, etc., etc., auraient été des végétariens.

Mais ce sont là des faits exceptionnels, du moins dans notre climat, et jamais ces doctrines n'ont été appliquées sur une population un peu dense, et cela malgré les efforts des diverses sociétés végétariennes.

Ces sociétés ont eu pour fondateur Gleizes, en 1840. Depuis, les associations dites *végétariennes*, se sont beaucoup répandues en Amérique et en Angleterre. A Hambourg, on trouve aussi des sociétés analogues. En France, c'est le docteur Goyard qui préside la société végétarienne, société qui a eu pour organe un journal paru en 1881 et 1882, *la Réforme alimentaire*. Je dois aussi signaler la campagne très active faite par un partisan convaincu du régime végétarien, le docteur Bonnejoy (du Vexin).

Voyons maintenant le côté pathologique et thérapeutique de la question.

Ce qui avait frappé tous les médecins de l'antiquité, c'étaient les inconvénients qui résultaient d'une alimentation exagérée, et ce fait a toujours été confirmé depuis par tous ceux qui se livrent à la pratique de la médecine. En général, l'homme riche ou l'homme oisif mange trop et sa ration d'entretien dépasse beaucoup celle que lui fixe la physiologie pour réparer les pertes journalières que fait son économie, et que l'on évalue, en vingt-quatre heures, à 20 grammes d'azote et 810 gram-

mes de carbone. Déjà, dans mon *Hygiène alimentaire*, j'ai insisté sur ce point.

Mais les récents travaux de Gautier et de Bouchard nous permettent d'étudier aujourd'hui cette question du régime végétal à un tout autre point de vue. Nous connaissons le rôle considérable que jouent les ptomaïnes et les leucomaïnes dans les phénomènes d'auto-intoxication, qui se présentent si fréquemment chez un grand nombre de nos malades. Tout le monde paraît d'accord pour rattacher à cette auto-intoxication l'embarras gastrique, les congestions du foie, et la plupart des phénomènes qui se développent dans la neurasthénie gastrique (1).

Enfin, dans l'ensemble pathologique si complexe, qui a pour origine l'insuffisance rénale, ces phénomènes d'intoxication occupent une place prépondérante, et nous devons donc aujourd'hui nous demander si, à ce point de vue spécial, le régime végétarien n'est pas de beaucoup supérieur au régime carné.

Il semble que, dans tous ces états pathologiques où l'on doit réduire à un minimum le chiffre des toxines introduites dans l'alimentation, le régime végétarien s'impose. Mais il nous reste maintenant à savoir comment nous devons régler ce régime végétarien et comment nous pouvons l'établir.

Tout d'abord, il nous faut fixer ce point important, à savoir : que le régime végétarien peut suffire à l'alimentation. Ce fait est incontestable, puisque, même sous notre climat, nous voyons, dans nos campagnes, les populations pauvres garder la force et la santé avec ce régime exclusif. D'ailleurs, les analyses sont là pour nous montrer que l'homme peut trouver exclusivement dans les végétaux la quantité d'azote qui lui est nécessaire.

En effet, la plupart des végétaux féculents et légumineux contiennent une certaine quantité d'azote, ainsi que le montre ce tableau, emprunté aux analyses faites par Payen, et qui indiquent en outre la teneur de ces aliments en carbone et en graisse.

	Azote	Carbone	Graisse
Viande de boucherie	3.00	11.00	2.00
Œufs (blanc et jaune)	1.90	12.50	7.00
Lait de vache	0.66	7.0)	3.70
Lait de chèvre	0.69	7.60	4.10
Fromage de Brie	2.25	21.60	5.56
Fromage de Gruyère	5.00	36.80	24.00
Chocolat	1.52	48.00	26.00
Fèves	4.50	40.00	2.10
Haricots	3.83	41.00	2.80
Lentilles	3.75	40.00	2.65
Pois	3.50	41.00	2.10
Blé dur du Midi	3.00	40.00	2.10
Blé tendre	1.81	39.00	1.75
Maïs	1.70	44.00	8.80
Riz	1.08	43.00	0.80
Pommes de terre	0.24	10.00	0.10

D'ailleurs, vous n'avez qu'à vous reporter aux tableaux que j'ai publiés dans mon *Hygiène alimentaire*, pour voir combien il est facile à l'homme de trouver dans le régime dit *végétarien*, les quantités d'azote et de carbone qui lui sont nécessaires et suffisantes, et qui sont fixées, comme vous le savez, d'après les chiffres d'Hervé-Mangon, à 6 à 9 grammes de carbone et 0,25) à 0,560 d'azote par kilogramme du poids du corps. Je dis le régime « dit *végétarien*, » parce que les partisans, même les plus convaincus de ce régime, y font entrer le lait, les fromages et les œufs. Ainsi, voici, d'après Pivion, une ration alimentaire, aussi simple que possible, dans laquelle on trouve les 20 grammes d'azote et les 310 grammes nécessaires à l'entretien :

	Azote	Carbone
500 grammes de pain de munition contenant	6 gr. 00	150 gr.
500 grammes de lentilles, pois ou haricots	14.74	214 —
500 grammes (demi-litre) de lait	3.30	40 —
30 grammes de fromage de Gruyère	1.65	13 —
1530 grammes.	25 gr. 69	417 gr.

Parmi les aliments utilisés par le régime végétarien, il en est, en effet, de très azotés, comme la lentille, par exemple, qui contient en plus une très notable quantité de fer, supérieure même à celle qui est contenue dans la viande. D'ailleurs, aucun des féculents n'est dépourvu d'azote : on avait soutenu que le manioc, dont se nourrissent exclusivement les Indiens de l'Orénoque, ne contenait pas d'azote. C'est là une erreur manifeste ; dans une analyse qui m'a été transmise par le docteur Morel, prof. à Toulouse, on voit que 100 grammes de farine de manioc donnent 22 grammes 40 de matières féculentes et 9 gr. 65 de matières azotées. Mais, je tiens surtout à vous parler ici des nouveaux féculents, tels que le soja, la fromentine et la légumine, qui se montrent, comme vous le verrez, supérieurs par le chiffre d'azote aux viandes elles-mêmes.

Le soja est le haricot du Japon (*Glyciné hispida*), très cultivé en Hongrie depuis 1875. Ce haricot, qui contient extrêmement peu de fécule et qui a été appliqué au régime alimentaire des diabétiques par Lecerf, renferme, au contraire, une très grande quantité de matières azotées et si vous comparez sa composition à celle de la viande, voici le résultat de cette comparaison :

	Viande de bœuf.	Soja.
Eau	74.00	9.27
Matières protéiques	22.74	36.67
Matières grasses	2.30	17.60
Potasse	0.54	3.10
Acide phosphorique	0.66	1.47

Comme vous le voyez par ces chiffres, l'avantage appartient tout entier au soja sur la viande de bœuf.

Au point de vue alimentaire, le soja sert à plusieurs usages. On en fait une sauce qui porte le nom de *stiso* et de *soju* ; mais le point le plus curieux et le plus intéressant de cette application du soja à l'alimentation, c'est que l'on peut en retirer un fromage : c'est le fromage de pois ou de haricots, très répandu dans le Japon.

En Europe, on a utilisé le soja à l'alimentation de l'homme et des bestiaux et, dans ces dernières années, on s'est efforcé de le faire entrer dans la panification, ce qui n'est pas sans difficulté à cause de l'huile grasse très abondante que contient ce haricot. Cette huile, comme l'a montré Léon Petit, est très purgative et peut remplacer, au point de vue thérapeutique, l'huile de ricin. Aussi faut-il débarrasser la farine de cette huile pour la rendre apte à nos usages domestiques. Lecerf, à Paris, est arrivé à rendre le pain fabriqué avec cette farine très supportable. Quoi qu'il en soit, on comprend tout le parti que le régime végétarien pourrait tirer d'un pareil aliment.

La fromentine est aussi, elle, très azotée ; elle provient des embryons du blé. Ces embryons contiennent, comme les graines du soja, une certaine quan-

(1) Voir *Bulletin méd.*, 1889, n° 94, page 1451.

tité d'huile qui est purgative comme l'huile de soja, et peut remplacer aussi l'huile de ricin. L'analyse de ces embryons desséchés et pulvérisés a donné à Douliot les chiffres suivants :

Albuminoïdes	51,31
Substances ternaires	20,08
Cellulose	12,63
Substances minérales	6,98

C'est, comme vous le voyez, une véritable viande végétale ; mais, encore ici comme pour le soja, c'est la présence de l'huile qui gêne la panification de cette farine, et il faut l'en débarrasser si l'on veut ou panifier, ou se servir de ce gruau particulier pour l'alimentation. On fait avec cette farine différents objets qui sont entrés dans la consommation courante ; ce sont des biscuits et des gâteaux de fromentine ; c'est surtout un gruau que l'on prend dans les potages. Quand vous ordonnerez de la farine de fromentine, il faut avoir grand soin d'incorporer d'abord cette farine dans une petite quantité d'eau avant de l'introduire dans le lait ou le bouillon qui doit lui servir de véhicule. Sans cette précaution, on obtient des grumeaux qui donnent au potage un aspect désagréable.

Bovet, de son côté, a préparé sous le nom de légumine, une substance analogue à la fromentine et ayant pour base non seulement les embryons du blé, mais encore ceux des papillionacées.

Il faut éviter, dans ce régime végétarien, de donner les graines féculentes enveloppés de leurs testa. Aussi, ai-je toujours soin de recommander de donner les féculents à l'état de purées, auxquelles vous pouvez aussi ajouter les purées de légumes verts, tels que les carottes, les navets, la julienne, etc.

On peut donner une certaine variété au régime végétarien, et je ne connais pas de meilleurs exemples à vous citer à cet égard, que les menus des banquets végétariens, menus que je puise dans le journal *la Réforme alimentaire*.

Potages. — Purée de lentilles, soupe printaniére.
Hors-d'œuvre. — Beurre, radis, olives.
Entrées. — Œufs à la coque, asperges en branches.
Quaternains. — Macaroni au blanc de poule, petits pois.
Saccharins. — Crême à la vanille, ruches d'amygdaline, savarin.
Dessert. — Fromage suisse, compote de pommes, confiture de fraises, dattes, oranges, gaufrettes.
Vins. — Mâcon vieux, Saint-Emilion.
Pain de Graham.

Voici un autre menu :
Potages. — Créey, gruau d'avoine.
Hors-d'œuvre.
Entrées. — Timbale végétarienne, pommes nouvelles au beurre
Quaternains. — Œufs brouillés aux pointes d'asperges, fèves de marais à la sariette.
Salades. — Laitue et romaine au jus de citron.
Saccharins. — Riz, baba, crème à la fleur d'orange, gâteau génois à l'abricot.
Dessert. — Fromages, compotes d'ananas, confiture de groseilles, fraises, oranges, biscuits à la framboise.
Vins. — Mâcon, Saint-Emilion.
Pain de Graham.

Le pain de Graham renferme tous les éléments du grain de blé, c'est-à-dire la farine et le son. Les végétariens considèrent cette présence du son, comme augmentant les propriétés nutritives du pain ; c'est un fait qu'on ne peut admettre, car, en me basant sur des analyses fort exactes, j'ai montré dans mon *Hygiène alimentaire,* que les pains blancs de première qualité renferment plus d'azote que les pains inférieurs, et en particulier que le pain de son.

Une fois démontré que par un régime d'œufs, de lait, de végétaux et de fruits, on peut trouver non seulement une alimentation suffisante, mais même une variété qui peut satisfaire les palais les plus délicats, il ne nous reste plus qu'à savoir dans quelles circonstances nous pourrons, au point de vue thérapeutique, appliquer ce régime végétarien. Mais avant, il nous faut discuter encore un point, à savoir quelles sont les boissons que l'on doit prendre avec ce régime végétarien.

Au point de vue de la physiologie, les vins augmentant l'acidité du suc gastrique, on peut admettre que les mangeurs de viande soient des buveurs de vin et d'alcool, tandis qu'au contraire les végétariens devraient être des buveurs d'eau ou buveurs de bière, cette dernière, par le malt et la diastase qu'elle renferme, favorisant surtout la digestion des féculents.

Aussi, en Angleterre et en Amérique, voyons-nous se réunir les sociétés de tempérance et les sociétés végétariennes. Je crois qu'avec le régime végétarien, on doit être très sobre de vin et ne prendre jamais que des vins coupés ou de la bière ou du cidre.

Les affections du tube digestif ou de l'estomac auxquelles peut être appliqué le régime végétarien sont nombreuses. Ce régime réduit, en effet, au minimum les toxines qui pénètrent par l'alimentation.

Rappelez-vous ce que j'ai dit dans diverses publications sur les leucomaïnes et les ptomaïnes. Dès que la mort a frappé l'être vivant, et à l'instant même où cette mort se produit, les ptomaïnes apparaissent. D'abord non toxiques, elles le deviennent à partir du quatrième ou cinquième jour qui suit la mort, et ces substances sont assez nocives pour entraîner promptement la mort des animaux auxquels on les administre. Parmi ces alcaloïdes *toxiques, je vous signale particulièrement* la névrine, la mydaléine, la muscarine putréfactive, la méthylguanine, etc. D'ailleurs, selon les espèces animales, ces ptomaïnes sont plus ou moins actives ; c'est ainsi que les poissons putréfiés en fournissent un grand nombre, telles que la guanidine, la parvoline et surtout l'éthylènediamine. Les moules donnent la mylotoxine cause de l'empoisonnement par ces mollusques ; on trouve aussi dans les fromages avancés de ces ptomaïnes. Comme l'homme consomme une très grande quantité de substances animales, dont la mort remonte à plus de huit et dix jours, on comprend qu'il trouve là une cause d'empoisonnement ; il n'en est plus de même avec le régime végétarien.

Si les substances végétales peuvent subir des altérations, elles sont beaucoup moins fréquentes que la putréfaction des substances animales. Aussi ce régime s'impose-t-il toutes les fois que, par le mauvais fonctionnement soit des reins, soit du tube digestif, les toxines peuvent s'accumuler dans l'économie.

En première ligne, nous placerons tous les cas où il existe de l'insuffisance rénale, que cette insuffisance résulte d'une néphrite interstitielle, d'une néphrite catarrhale, d'une dégénérescence graisseuse du rein. Dans la dilatation de l'estomac, chez les neurasthéniques gastriques, ce même régime aussi donne de bons résultats. Enfin, dans les diarrhées putrides, le régime végétarien est encore indiqué.

Mais, pris à un autre point de vue, ce traitement

donne encore de bons résultats; c'est dans les irritations de la muqueuse stomacale, dans les gastrites aiguës ou chroniques. En effet, ce régime demande peu à l'estomac, il exige une digestion intestinale, et par cela même permet de laisser reposer l'estomac tout en nourrissant le malade. Enfin, dans les troubles dyspeptiques proprement dits, qui résultent surtout de modifications dans le suc gastrique, soit qu'il y ait exagération de l'acidité de ce suc ou diminution de cette acidité, hyperchlorhydrie ou hypochlorhydrie ; ce régime permet encore, en ne réclamant aucun travail des glandes à pepsine, de guérir ces affections. Enfin, dans les maladies générales, caractérisées par de l'hyperacidité, comme dans la diathèse urique, par exemple, nous pouvons encore appliquer ce même régime végétarien.

En résumé donc et comme conclusion de cette leçon, je vous dirai : si, au point de vue anthropologique et physiologique, l'homme est omnivore et peut selon les climats et selon les nécessités, vivre soit d'un régime carné, soit d'un régime mixte, soit d'un régime végétarien, au point de vue thérapeutique, ce dernier régime appliqué dans nos climats, constitue une médication très importante, qui s'impose dans un grand nombre de cas.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi sur l'Exercice de la Médecine et la Chambre des députés.

Les réformes vont vite en France ! Dès 1825, on reconnaissait officiellement la nécessité de reviser la loi de ventôse an XI, qui régit, comme chacun le sait, l'exercice de la médecine. En 1890, non seulement nous sommes encore sous l'empire de cette loi, inepte à bien des égards, mais elle trouve toujours, dans ses dispositions fondamentales, un inconcevable appui parmi les hommes d'Etat qui président à nos destinées. Nous venons de parcourir le remarquable rapport au cours duquel notre honoré confrère le docteur Chevandier, député de la Drôme (un dévoué celui-là !), s'applique à battre en brèche l'écœurant projet ministériel. Espérons que ce projet échouera devant le bon sens de la Chambre, qui votera les propositions, si modérées, de la commission législative présidée, avec une grande autorité, par M. Chevandier.

Le libre exercice de la médecine qui, théoriquement, peut se soutenir, sera peut-être reconnu nécessaire dans l'avenir : mais, pour le moment, il ne servirait guère qu'à favoriser le charlatanisme, la fourberie empirique et l'homicide par ignorance. Ce qu'il faut obtenir aujourd'hui (et ce qui est très réalisable), c'est que tous les praticiens possèdent une instruction identique, aussi élevée que possible : autrement dit, il faut supprimer les officiers de santé, « vœu qui n'a pas besoin d'être exprimé pour être senti », ainsi, que le disait déjà Fourcroy dans le rapport même qui instituait deux ordres de médecins, le 19 ventôse an XI.

Or, le projet du gouvernement *ne supprime pas les officiers de santé*. Il les refoule dans les campagnes et demande qu'ils ne puissent exercer, ni dans les chefs-lieux d'arrondissement, ni dans les villes de plus de 10,000 âmes : Répartition brutale, inique pour d'honorables médecins, antidémocratique pour les campagnards, qu'elle condamne à n'avoir que des praticiens de second ordre ; car on invite ainsi implicitement les docteurs à affluer vers les villes et à déserter les villages. On objecte que la suppression des officiers de santé serait le triomphe des rebouteurs. Cela serait peut-être vrai si les officiers de santé étaient supprimés brusquement, autrement que *par extinction*. On objecte aussi que l'accès du doctorat est difficile et coûteux, et que supprimer les officiers de santé ce serait fermer à toute une classe de la société l'exercice de la médecine. Il n'y a qu'à faciliter l'accès des études, mais sans simplifier pourtant les études elles-mêmes : car le doctorat ne comporte guère que le *minimum* des connaissances médicales que la Société est en droit d'exiger d'un praticien, vraiment digne de ce nom.

La commission a été bien autrement large et libérale, en donnant aux officiers de santé actuellement reçus le droit d'exercer sur tout le territoire de la République. Bien plus, s'ils comptent seulement deux années d'exercice, elle leur confère, en outre, la possibilité d'obtenir le titre de docteur moyennant deux examens et une thèse.

La commission a été logique en repoussant l'article 6 du projet gouvernemental, qui interdit la profession de dentiste à toute personne non munie d'un diplôme médical. Il peut être assurément utile, pour l'instant, à un dentiste, d'être officier de santé ; mais, ce titre étant supprimé, peut-on affirmer de bonne foi que, pour exercer sa profession spéciale, il lui soit absolument nécessaire d'être docteur ? Il vaudrait bien mieux exiger du dentiste un diplôme spécial, comme le propose avec raison l'Ecole professionnelle de la rue de l'Abbaye.

C'est probablement, du reste, cette dernière proposition qui sera votée, si toutefois le bon sens triomphe des hésitations de nos législateurs !

Pour ce qui est des médecins reçus à l'étranger, la commission reconnaît avec raison qu'ils *peuvent être* possesseurs de diplômes absolument équivalents au diplôme français, et que, comme tels, ils *peuvent être* autorisés par notre gouvernement (sous conditions, naturellement, de réciprocité), à exercer librement en France et aux colonies. Cette autorisation sera toujours révocable. Si la réciprocité n'est pas établie, l'étranger ne pourra être autorisé à exercer qu'après avoir fait la preuve qu'il a déjà deux ans d'exercice dans son pays, après avoir obtenu la dispense de scolarité, puis subi, avec succès, deux examens probatoires et une thèse devant une faculté de l'Etat, etc., etc. Exceptionnellement, le ministre compétent pourra autoriser le médecin étranger qui accompagne ses clients dans une station thermale ou hivernale française, à se livrer à un exercice limité à cette station : tolérance fort juste.

L'article 13 règle les rapports du médecin avec la justice et l'administration, question vitale que le projet gouvernemental avait laissé dans l'ombre : « Tout médecin, lorsqu'il est requis, doit le concours de son art à l'autorité, *en cas de flagrant délit* : dans toutes les autres circonstances, il est libre de se récuser. » L'article 14 prescrit, par cinq ans au lieu d'une année, les dettes d'honoraires, et introduit parmi les créances privilégiées les frais *quelconques* de dernière maladie pendant un an. L'article 15 porte, enfin, cette

disposition, qui est de toute équité : A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins bénéficieront du droit de se constituer en *associations syndicales*, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Malgré l'opposition, peu justifiable, du conseil des ministres, la commission parlementaire a enfin simplifié les conditions d'études, en supprimant le baccalauréat restreint (suppression pour laquelle s'étaient déjà prononcés les conseils académiques, les facultés des sciences et les facultés et écoles de médecine, à la suite d'une enquête provoquée, en 1832, par M. Duvaux, alors ministre de l'instruction publique). Le diplôme de bachelier ès-lettres seulement, ou celui de bachelier ès-sciences seraient exigibles pour prendre la première inscription de médecin : ainsi serait abrégée la longueur du chemin préparatoire qui menait jusqu'ici à la carrière du doctorat.

Le titre III du rapport définit l'exercice illégal et l'usurpation de titres et stipule les sanctions pénales attachées à ces délits. Jusqu'ici, les pénalités étaient dérisoires : la commission a sagement agi en les augmentant. Nous osons espérer que le Parlement sera assez éclairé pour repousser le projet gouvernemental, qui n'est aucunement réformateur, et qu'il adoptera, à une grande majorité, la proposition Chevandier. Quoique extrêmement modéré et ne représentant guère que le *minimum* des revendications du corps médical français, ce projet si complet peut être envisagé comme une étape qui marque utilement les réformes à venir. Il a d'ailleurs, visiblement, une portée plus haute que l'intérêt professionnel de vingt mille praticiens ; l'intérêt social l'a surtout dicté. Et puis la sécurité d'une profession si utile et si dévouée à la société peut-elle, en bonne conscience, laisser la nation indifférente ? Nous ne le pensons pas. Nous nous serions bien gardé de faire un plaidoyer *pro domo nostra*, si nous n'avions pensé que la loi sur le point d'être discutée par la Chambre des députés intéressait, à un haut degré, le grand public.

D[r] E. Monin.

L'exercice illégal à Paris.

Nous recommandons l'article suivant à l'attention du *Conseil général des sociétés d'arrondissement*. Nous l'avons depuis longtemps en portefeuille. Mais il est toujours d'actualité. Le Conseil général peut rechercher quelle suite a été donnée à la pétition de M. le docteur E. Grange :

« Monsieur le Président,

Messieurs les Membres du Conseil municipal,

Les docteurs en médecine soussignés ont l'honneur : 1° d'appeler votre attention sur tout l'intérêt qu'il y aurait au point de vue de l'hygiène morale, surtout au moment de la visite de tant d'étrangers, à inviter M. le directeur des travaux de Paris à faire disparaître des vespasiennes et autres endroits publics les annonces multicolores des professeurs (?) et autres princes de la science (?) qui préconisent des traitements pour les maladies secrètes, ce qui pourrait faire croire aux étrangers que la population parisienne est plus atteinte qu'aucune autre de ces affections ; 2° de vous signaler l'urgence de mettre ces visiteurs en garde contre ceux qui, usurpant le titre de docteur en médecine, inondent Paris d'affiches trompeuses et de prospectus mensongers.

Ce ne sont partout, qu'instituts médicaux, cliniques, cabinets médicaux dont les propriétaires font précéder leur nom des lettres D[r] qui souvent ne signifient pas Docteur comme le public le suppose, mais Directeur comme la Préfecture le sait bien. Ailleurs, ce sont des consultations gratuites (de nom) données dans des pharmacies ou ailleurs — par qui ? Mystère.

Ne vous paraît-il pas urgent d'inviter M. le préfet de police, en exécution de la loi du 19 ventôse, an XI, à ordonner un recensement des personnes qui ont le droit d'exercer la médecine, et le prier de faire établir par les commissaires de police une liste des docteurs en médecine, et une liste des officiers de santé de chaque quartier avec indication du lieu et de la date de la réception. Ces listes affichées dans les commissariats et les mairies permettraient au public d'être exactement renseigné, ce qui est impossible aujourd'hui.

La liste dressée par le 3e bureau de l'enseignement primaire à la Préfecture de la Seine est incomplète, parce que beaucoup de médecins omettent volontairement ou non de faire enregistrer leurs diplômes.

Les annuaires, entreprises privées, ne présentent au public aucune sécurité, car parmi les docteurs, on y trouve inscrits la plupart des officiers de santé et même des personnes qui ne sont munies d'aucun diplôme, ce qui deviendra impossible lorsque les listes dressées par le commissaire de police seront à la disposition du public.

Les soussignés espèrent que vous voudrez bien faire droit à leur requête et vous prient d'agréer l'expression de leur parfaite considération.

Notre confrère G. Price fait, à ce propos, les réflexions suivantes :

Le médecin est atteint, par ses pseudo-confrères, dans son légitime amour-propre professionnel aussi bien que dans ses intérêts matériels. L'un et l'autre sont également respectables. Il est pénible, pour un « homme de l'art », d'avoir à combattre le premier marchand d'orviétan venu qui s'érige en prince de la science. Il n'est pas moins désagréable de voir des malades trompés payer grassement des charlatans au lieu de rémunérer les soins intelligents d'hommes compétents. Question de gros sous, si vous voulez. Et après ? Quand un homme a sacrifié, instruction préliminaire comprise, une bonne quinzaine d'années pour devenir médecin, quand il a été aux prises avec les difficultés des débuts, quand il a subi, parfois au prix de réelles privations dignement supportées, cette période d'attente souvent longue qui précède la formation de la clientèle, il est assez naturel qu'il aspire à vivre de son travail et de sa peine, et qu'il ne voit pas sans révolte des aventuriers sans titres usurper les droits acquis par lui.

D'autre part, la santé publique est également à considérer. On dit volontiers : Tant pis pour ceux qui se laissent prendre aux promesses des charlatans. On a parfaitement tort. Si l'on a le droit de faire du bien aux gens malgré eux, c'est surtout en médecine, attendu que l'instinct de la conservation est si fort, qu'il peut pousser un malade à toutes les crédulités. Et, en somme, les lois ont été faites non seulement pour protéger les hommes contre les attaques d'autrui, mais surtout pour les défendre contre leurs propres faiblesses.

A Paris, comme en province, l'exercice illégal

de la médecine a fait d'effrayants progrès. Vous vous imaginez peut-être qu'il faut aller dans le fin fond de certaines provinces écartées pour trouver les traditionnels rebouteurs ou les sorciers guérisseurs ? Erreur, un de mes amis me racontait hier même, que, dans le département de Seine-et-Oise, qui est la ceinture de Paris, ces industries fleurissent et se développent chaque jour. Entre Versailles et Saint-Germain, on trouve quotidiennement de braves gens qui attendent religieusement le premier quartier de la lune pour aller cueillir, à minuit, des herbes qu'ils font bouillir en compagnie de queues de lézards, de têtes de grenouilles et de griffes de corbeaux, avec accompagnement de croix tracées en l'air, d'orientations bizarres et de prières extraordinaires empruntées au rituel spécial du Grand et du Petit Albert, lequel rituel est vendu au poids de l'or par les guérisseurs de campagne.

A Paris, c'est encore plus fort. Le fameux zouave Jacob n'est pas mort, il a même, paraît-il, une très belle clientèle d'un côté de Paris. De temps à autre, il se révèle au public, par la publication de brochures sur la « méthode » et je crois même, Dieu me pardonne, qu'il va jusqu'à la conférence ! Les somnambules plus ou moins lucides entassent dans leurs coffres de beaux louis qui se transforment tous les mois en excellentes obligations du Crédit foncier. Ces demoiselles prennent à leurs gages quelque malheureux étudiant de vingtième année, arrivé, par la force des choses, à passer son doctorat. Elles ne gardent plus rien de la Bohême errante. Elles possèdent, avenue de l'Opéra ou rue du Quatre-Septembre, des cabinets sévèrement meublés, dont un grave huissier à chaîne garde l'antichambre; et elles font, avec l'argent des naïfs, de bons placements « de père de famille ».

Quant aux médecins étrangers, ils fourmillent. Munis d'un diplôme acheté dans une de ces facultés complaisantes où les parchemins coûtent dix louis, — études comprises, — ils répandent des circulaires, envoient des prospectus mirifiques où il est question des 57,000 cures merveilleuses, et libellent ainsi leur adresse :

CLINIQUE ANGLO-AMÉRICAINE

GUÉRISON DES AFFECTIONS MORBIDES (!!)
Dr HERMAN SANGRADO

Que si l'on fait observer au nommé Sangrado qu'il n'est pas docteur, il répond, avec une aimable condescendance, que c'est parfaitement exact, et que l'abréviation *Dr* signifie non pas *docteur*, mais *directeur*.

On n'imagine pas l'aplomb avec lequel le dernier couvreur venu s'improvise médecin du jour au lendemain.

Un jour, un pharmacien renvoie un garçon de laboratoire qui lui cassait trop de cornues. L'individu congédié cherche une place et n'en trouve pas. Il avait quelques économies : il meuble un appartement, revêt la redingote noire et la cravate blanche, s'improvise médecin et envoie des malades se faire livrer, chez son ancien patron, les remèdes indiqués dans ses ordonnances. Il avait soin de les signer illisiblement, si bien qu'il était impossible de le pincer, quoique l'on fût parfaitement au courant de ses agissements. Le fait m'a été conté par M. Nadaud, commissaire de police de la rue Bochard-de-Saron.

Autre histoire sur laquelle je finirai.

Il y a quelques années, un de nos amis, ayant sa femme subitement malade, envoya chercher des médecins dans toutes les directions. Il en vint trois. Les deux premiers étaient des docteurs authentiques. Le troisième, un nommé F... de B..., n'avait aucune espèce de diplôme.

Les deux vrais docteurs firent, en présence de leur pseudo-confrère, une opération grave que celui-ci se contenta de regarder. Le lendemain, ils prévinrent leur client, après renseignement pris, que F... de B... n'était pas médecin.

Mon ami estima qu'il ne devait rien à cet aimable farceur. Il trouvait même qu'il eût pu lui demander des dommages-intérêts pour avoir pénétré chez lui avec un faux titre.

F... de B... lui envoya sa note ; il réclama cent francs. Mon ami refusa. Le faux docteur eut recours au juge de paix. Dans l'intervalle, il fut condamné par le tribunal correctionnel à cinq cents francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

Le malheureux client se présenta devant le juge. Il expliqua l'affaire et ajouta que son adversaire avait été condamné.

En bien ! le juge de paix lui dit simplement :

— Pouvez-vous nous prouver ce que vous dites? Avez-vous un extrait du jugement dont vous parlez ? Etes-vous en mesure d'établir que F... de B... n'est pas médecin ? Non ?... Eh bien ! payez.

Mon ami fut condamné. Et pour prouver que cette histoire n'est pas une fantaisie, j'ajouterai que le juge de paix était celui du IXe arrondissement (la chose se passait en 1881) et que l'huissier s'appelait Bourgoing.

Il n'est pas extraordinaire que l'on trouve des gens pour exercer une filouterie aussi bien protégée.

(*La Pratique médicale.*)

Jurisprudence médicale à propos d'exercice illégal.

Le rebouteur Baguenard, connu dans le quartier du Marais sous le nom de « père Misère », avait imaginé, pour échapper aux poursuites pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, dont il avait été plusieurs fois l'objet, de se faire assister, dans ses consultations, d'un médecin qui était censé examiner les malades ; c'était lui qui signait les ordonnances. Tout devait donc paraître absolument régulier...

Malheureusement pour lui, le « père Misère » avait fait là un faux calcul. Le stratagème n'a pas été du goût du parquet ; le rebouteur a eu beau se retrancher derrière le médecin, il n'en a pas moins été une fois de plus traduit en police correctionnelle... et condamné à trois jours de prison et dix francs d'amende.

Attendu, dit le jugement, que la loi de ventôse a interdit à toutes les personnes non munies d'un diplôme, à la suite d'études spéciales, de donner des soins aux malades, de leur prescrire des remèdes et de pratiquer sur eux une opération quelconque ; qu'elle a voulu ainsi préserver la santé et même la vie de ceux qui ont recours à des empiriques ; que peu importe qu'un médecin assiste à la consultation et écrive comme un secrétaire une ordonnance revêtue de sa signature, si en fait, ce médecin s'effaçant devant le non diplômé,

c'est ce dernier qui en réalité examine le malade, lui donne des conseils, lui indique le traitement à suivre, les remèdes à employer, que le rôle de ce médecin est uniquement passif, sa présence n'ayant d'autre but que de dissimuler une fraude à la loi. (*Progrès médical.*)

Le *Progrès*, dont nous reproduisons l'article, devrait signaler ce médecin prête-nom au *Conseil général des Sociétés d'arrondissement.*

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Arles.

Le Syndicat des médecins de l'Arrondissement d'Arles se félicite que la conduite de leurs confrères de Rodez et de Marcillac ait déterminé les pouvoirs publics à s'occuper de la Revision des tarifs de 1871 concernant les actes médico-légaux.

Ces tarifs reconnus insuffisants par tout le monde sont aussi peu conformes aux exigences actuelles qu'humiliants pour le corps médical.

Le Syndicat se réserve de faire connaître après étude préalable le minimum de ses desiderata pour chaque acte médico-légal.

Le Syndicat d'Arles prend acte de la reconnaissance officielle des syndicats médicaux par la circulaire ministérielle qui s'adresse à eux.

Le Secrétaire, Dr WATON.

Le Président, Dr TARDIER.

Syndicat médical du Cher.

(RÉGION NORD)

Compte rendu sommaire des délibérations de l'année 1889.

Le syndicat médical du Cher, région Nord, a tenu deux séances dans l'année 1889 à son siège social, l'une le 15 avril, la seconde le 9 septembre.

Les deux tiers des membres en général assistent aux séances, et les délibérations prises sont acceptées par tous les membres associés.

Dans la séance du 15 avril le Syndicat s'est ému des récentes circulaires de Monsieur l'Inspecteur des enfants assistés, relatives à la vaccination. Il a décidé de s'en tenir strictement aux prescriptions du réglement du 31 mars 1856 qui chargent le médecin cantonal de vacciner gratuitement les enfants des indigents admis sur les listes de charité.

Il propose pour la seconde fois par l'organe de son secrétaire un projet d'organisation du service de la vaccine, projet qui sera soumis à Monsieur le Préfet et au conseil général à la session d'août. Cette assemblée a du reste semblé donner un avis favorable au dépôt de cette proposition dans une session précédente.

Dans la réunion du 9 septembre 1889 le Syndicat a pris quelques décisions importantes.

Malgré l'avis favorable du Préfet du Cher et de l'Inspecteur des enfants assistés, le projet *d'organisation du service de la vaccine* a été rejeté par le Conseil général. Le Syndicat prend l'engagement pour tous ses membres, de ne procéder à la vaccination ou revaccination prescrites par l'administration que d'après un tarif de 1 franc par vaccination ou revaccination, tout en se tenant à la disposition de l'autorité municipale ou départementale pour l'organisation ultérieure du service. Cette décision a été portée à la connaissance du Préfet du Cher.

Le Syndicat, tout en s'occupant d'affaires locales et d'intérêts professionnels immédiats, ne se désintéresse pas des questions plus générales. A sa prochaine réunion, il examinera la question des honoraires *médico-légaux*, dont la récente circulaire du garde des sceaux a mis en évidence l'actualité.

Le Secrétaire,
D. COURRÈGES.

6 février 1890.

REPORTAGE MÉDICAL

M. *F. Jouin*, notre confrère, de la *Pratique médicale* a peu de confiance dans les revendications du corps médical ; il ne veut rien devoir qu'aux efforts de l'initiative des médecins. C'est au moment où ces revendications peuvent aboutir qu'il conclut :

« 1° Comme assistance sachons nous arracher à la tutelle du monde officiel et ne nous adresser qu'à des hommes dans la même situation que nous. Les professeurs, les députés forment un État dans l'Etat ; aidons-nous et associons-nous entre praticiens.

2° Pour les charlatans, gardons-nous bien de les attaquer nous-mêmes devant les tribunaux. La chose nous est d'autant plus facile que ce n'est en réalité pas à nous qu'ils font du mal. Seulement, sachons guider et appuyer les malades rendus infirmes par leurs manœuvres ou leurs erreurs. Devant un borgne, qui viendra lui demander justice, le magistrat n'aura pas besoin de consulter son code pour se faire une opinion. Le préjudice sera évident.

3° Quant à la question des honoraires, elle pourrait aussi se trancher. En Angleterre on paye le médecin avant de lui demander sa consultation. Si nous le voulions, nous pourrions très bien acclimater cette coutume en France. Les professeurs, même de déontologie, ne font-ils pas, en somme, la même chose, quand ils donnent des consultations.

4° Reste la question des médecins légistes. Mais on laissera ces places à des médecins de bonne volonté. Il y a tant d'hommes dans la société en général et dans le corps médical en particulier, qui sont fonctionnaires « par vocation » ! Qu'on les choisisse, et qu'on les décore. Ils seront enchantés. Et les autres laissés tranquilles n'auront plus de raisons de se plaindre. »

Bien peu de médecins seront de l'avis de M. Jouin.

— Nous publions l'avis suivant, qui a trait à la préoccupation causée à nombre de nos correspondants par la nouvelle loi sur l'avancement du corps de santé dans l'armée. Si, comme nous le supposons, M. Bouloumié publie ses conférences et si elles sont suffisamment explicites pour constituer un manuel, nous indiquerons cet ouvrage à la Bibliographie dès qu'il aura paru ; dans le cas contraire, nous aviserons.

— *Cours libre à l'usage des médecins de la réserve et de l'armée territoriale*, par le Dr P. Bouloumié. — En vertu du décret du 19 décembre 1889, l'avancement à tous les grades de la hiérarchie est exclusivement donné au choix, et le choix est fixé par un examen auquel tout médecin aide-major de 1re classe doit prendre part s'il veut être en mesure d'arriver au grade de médecin-major de 2e classe dans la réserve et de médecin principal de 2e classe dans l'armée territoriale.

En vertu de la note ministérielle, en date du 28 décembre, l'examen aura lieu dans tous les chefs-lieux de corps d'armée, au début de l'inspection générale (c'est-à-dire en mai) et les demandes d'admission à l'examen doivent être adressées, avant le 1er mai, au directeur du service de santé du corps d'armée de la localité habitée par le candidat.

Le lundi 17 mars, à 4 heures 1/2, au siège de l'Union des Femmes de France, 29, Chaussée d'Antin, le Dr Bouloumié commencera un cours en 8 leçons qui sera continué les lundis et vendredis suivants, à la même heure, et portera sur toutes les questions inscrites au programme dressé par le ministre de la guerre. Il comprendra :

a) Exposé général de l'organisation et du fonctionnement du service de santé à l'intérieur et en campagne ;

b) Commentaires de lois, décrets, règlements sur le recrutement, l'organisation, l'administration de l'armée, l'état des officiers, l'organisation et le fonctionnement du service de santé ;

c) Notions sommaires d'hygiène militaire, de maladies des armées, de blessures de guerre.

Les médecins qui désirent suivre ce cours sont priés d'en informer le Dr P. Bouloumié, 36, rue de Penthièvre.

— On avait annoncé, par erreur, dans un journal de médecine que le *Dr David* présenterait un projet de loi spécial sur l'exercice de la médecine. Il n'en est rien heureusement ; M. David, en qualité de secrétaire de la commission, a été chargé, comme d'ailleurs tous ses collègues, de préparer une formule de rédaction pour deux ou trois des paragraphes du projet *Chevandier*, sur lesquels l'accord s'est fait entre les membres de cette commission et il y a ajouté de son chef un article relatif à la profession de *dentiste*.

— D'après Ch. Vibert (*Précis de médecine légale*), il est un cas où un docteur peut être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. C'est celui où il consent à être le prête-nom d'un individu non diplômé ; il est alors considéré non comme complice (car en matière de contravention, il n'y a pas de complicité), mais comme *co-auteur* de la contravention. C'est ainsi qu'à propos de l'officier de santé Depoulx qui assistait aux consultations données par un somnambule et un magnétiseur, et se bornait à signer les ordonnances qu'il écrivait sous la dictée de ceux-ci, la Cour de cassation (17 décembre 1859) a déclaré : « On objecterait en vain que celui qui est revêtu du titre d'officier de santé ne peut être considéré comme co-auteur d'un délit qui consiste à avoir exercé la médecine sans titre ; qu'en effet, le diplôme ne donne à l'officier de santé que le droit d'exercer par lui-même, d'après son propre examen et son contrôle ; que s'il ne juge ni ne prescrit, s'il abdique complètement, si sa présence n'est qu'un artifice, et s'il se borne à signer de son nom et de sa signature la pratique illégale d'un tiers, il devient, par une participation solidaire, le coopérateur de celui-ci et l'un des auteurs de la violation de la loi. » (Dans une affaire analogue, le tribunal de Provins a condamné l'officier de santé Fayolle pour exercice illégal de la médecine, 17 janvier 1862.)

— *Statistique décennale des Docteurs en médecine de* 1799 *à* 1889. — M. Gavarret a communiqué à la Commission du Comité consultatif d'Hygiène, la très intéressante statistique ci-après :

Période décennale.	Nombre des docteurs	Moy. annuelle des docteurs.
1799 — 1808.........	2446	264
1809 — 1818.........	3162	316
1819 — 1828.........	3880	388
1829 — 1838.........	5176	517 (1)
1839 — 1848.........	4077	407
1849 — 1858.........	4189	419
1859 — 1868.........	4140	414
1869 — 1878.........	5457	541
1879 — 1888.........	6141	619

Il ressort de cette statistique que, malgré les difficultés dont est entourée l'obtention du titre de docteur, leur nombre s'est accru progressivement depuis vingt ans, ce qui fournit un argument de plus en faveur de la suppression des officiers de santé (*Progrès médical.*)

Cours de gynécologie. — M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera un *Cours libre* de gynécologie, 12, rue de Navarre, le mardi 25 février, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le Dr Doléris fera ses premières leçons sur les méthodes *d'exploration usitées en gynécologie.*

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Le Dr E. Perchaux, sous le titre de *Histoire de l'hôpital de Lourcine,* vient de publier une monographie complète de cet hôpital et mieux des hôpitaux de Lourcine. Orné de belles gravures représentant : une vue intérieure du cloître des Cordelières, une vue générale des Cordelières, une vue générale de Lourcine, prise du boulevard Arago, et deux plans, ce précieux travail d'histoire sera consulté avec fruit par nos confrères curieux de connaître le passé et aussi le présent : « Quelques filles, qu'une ignorance naïve a laissées sans défense, viennent aujourd'hui demander des soins, envoyées à Lourcine par les hôpitaux où elles sont allées prendre une consultation. Il est regrettable qu'une fille séduite et en même temps infectée, soit traitée dans les salles communes. Là, en effet, il lui suffit de quelques heures pour comprendre ce qu'elle a ; elle se voit désormais mise au rang des prostituées. Sa désolation est navrante ; mais aux premiers moments de désespoir succède un revirement complet. Elle ne veut pas paraître ridicule aux yeux de ses compagnes et si la pratique de la prostitution lui manque, elle la connaîtra bientôt, etc... » Prix : 2 fr. 50.

Journal des Sociétés Photographiques, richement illustré. Prix du no, 50 centimes.

Adresser toute demande à M. le Directeur de la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

(1) Durant une partie de cette période on avait supprimé le baccalauréat des sciences, ce qui explique l'accroissement subit des docteurs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année **N° 10** 8 Mars 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

NÉCROLOGIE

Les obsèques du Dr *Margueritte* ont eu lieu au *Havre*, mercredi 5 mars, au milieu d'une énorme assistance d'amis et de clients. Les autorités du Havre et toutes les notabilités de la ville accompagnaient notre confrère.

La caractéristique de M. Margueritte, c'est qu'il ne comptait pas un seul ennemi. Il a été bien longtemps l'âme des Associations médicales du Havre. M. le Dr *de Lignerolles*, pour le Syndicat du Havre ; M. le Dr *Merry-Delabost*, professeur à l'école de médecine de *Rouen*, pour l'Association locale et pour l'Association syndicale de Rouen et le directeur du Concours, pour les syndicats, ont prononcé les paroles de suprême adieu. Margueritte a honoré la profession et son souvenir vivra parmi nous.

LA SEMAINE MÉDICALE

Contractilité des globules rouges simulant la présence de parasites dans le sang dans l'anémie intense et la grippe.

M. Klebs a *décrit récemment des organismes* flagellés mobiles dans le sang des grippés, corps qui envahissaient les globules sanguins. On peut penser, d'après les recherches suivantes de M. Hayem et de M. Chantemesse, qu'il y a eu peut-être confusion de la part de l'observateur allemand. M. G. *Hayem* a constaté dans l'anémie très prononcée, ayant atteint le quatrième degré où s'en rapprochant beaucoup, des phénomènes de mouvement assez complexes dans les globules rouges du sang. Ce sont ou des déformations de la masse entière du globule ou seulement des mouvements limités à une de ses parties, ou un déplacement de l'élément entier accompagné ou non de la translation dans le champ du microscope. M. Hayem distingue quatre types d'éléments.

1° *Eléments contractiles dans toute leur masse.* — Certains globules rouges sans prolongements changent de forme sur place. Ils se replient sur eux-mêmes, se plissent, parfois même semblent sur le point de se segmenter, etc. Ces manifestations qu'on doit rattacher à une obscure contractilité amœboïde, sont absolument semblables à celles que M. Hayem a décrites à propos des globules rouges à noyaux du sang de l'embryon et des éléments colorés et à noyaux des organes hématopoiétiques.

2° *Eléments à prolongements mobiles.* — Des globules rouges moyens, petits ou nains, offrent des prolongements en forme de doigts de gants ou de tentacules, ou de simples flagellums. Ils sont parfois immobiles, parfois agités de mouvements au niveau de leurs prolongements.

3° *Eléments oscillant sur place.* — Ce sont des

globules nains souvent assez légers pour flotter dans le plasma. Ils sont alors agités d'un mouvement d'oscillation autour d'un axe passant par leur plus grand diamétre.

4° *Eléments se déplaçant dans la préparation.* — Ces derniers éléments mobiles, plus petits encore que les précédents sont dénommés par M. Hayem pseudo-parasites parce qu'il est facile à un examen superficiel de les confondre avec de véritables parasites. Ils affectent la forme de bâtonnets noueux, étroits, d'une longueur qui peut varier de 3 à 7 ou 8.

Ils sont animés d'un mouvement d'oscillation continu autour de leur grand axe, et, de plus, de mouvements d'inflexion suivant leurs faces. Il résulte de ce double mouvement et de l'irrégularité de leur contour que chacun d'eux, considéré individuellement, change constamment de forme. A elle seule, cette particularité suffirait à distinguer ces corps mobiles des parasites. Cette mobilité, parfois très remarquable, présente la plus grande analogie avec celle de certaines bactéries. Elle est d'une durée notable, mais limitée.

Ces quatre types d'éléments peuvent coexister dans un même échantillon de sang. M. Hayem n'a encore rencontré le premier que chez un malade. Au contraire, depuis un an il a retrouvé les trois autres types chez tous les malades atteints d'anémie extrême, c'est-à-dire chez six (deux atteints d'anémie par cancer stomacal, trois d'anémie dite pernicieuse progressive, et enfin une malade atteinte de chlorose avec anémie au quatrième degré).

Ces divers types de globules rouges mobiles peuvent être considérés comme des globules rouges de constitution imparfaite, arrêtés dans leur évolution, comme avortés, et ayant encore les propriétés contractiles des hématoblastes. Ils ne semblent pas caractériser une affection particulière, mais bien se rattacher purement et simplement à la description des lésions globulaires de l'anémie du quatrième degré.

M. *Chantemesse* a observé dans le sang d'individus atteints de grippe des corps absolument semblables à ceux que M. Hayem vient de décrire. Il a répété exactement les observations de Klebs en employant la même méthode que lui. Il a constaté, avec M. Widal, à côté des globules rouges qui ont conservé leurs propriétés ordinaires de forme, de coloration, d'immobilité, en deux ou trois points de chaque préparation, des corps qui n'ont pas l'apparence des hématies ordinaires.

Ils se présentent sous plusieurs formes. Deux d'entre elles paraissent répondre à la description de M. Hayem. La première est ou paraît être un globule rouge qui a perdu sa forme elliptique et son immobilité. Un des points de sa surface a laissé échapper un prolongement protoplasmique en pointe qui donne une forme en raquette. De plus, ce globule a acquis une mobilité assez grande et s'avance dans le liquide de la préparation, tantôt en avant et tantôt en arrière, pendant que toutes les hématies normales restent immobiles.

La seconde forme de corps particuliers, que M. Chantemesse a vus dans le sang du même malade au second jour de la grippe, lui a paru correspondre à la *monade* que Klebs vient de décrire dans le sang d'un individu ayant succombé à l'influenza. Ce corps se présente aussi par son apparence extérieure comme semblable au globule altéré des anémies extrêmes de M. Hayem.

C'est un corpuscule très mobile ayant une extrémité antérieure ou corps réfringent, ovoïde. A une des extrémités du grand diamètre se voit un prolongement sous forme de flagellum qui possède une longueur égale ou supérieure à celle du grand diamètre du corps. L'extrémité libre de ce qu'on pourrait regarder comme un flagellum est parfois un peu renflée, et, comme ce prolongement est agité d'un mouvement très rapide, il se courbe et place parfois la petite extrémité à côté de la grosse. Sa figure donne alors pendant quelques instants l'image de deux sphères accolées, une grosse et une petite. La mobilité dure plusieurs heures.

M. Chantemesse considère ces différentes images comme le résultat d'altérations globulaires. Il n'a pas réussi à obtenir des cultures avec le sang des malades recueilli au début de la grippe, au moins avec les procédés classiques.

Klebs a rapproché les corps vus dans le sang des grippés de ceux qu'il a observés autrefois dans le sang des malades atteints d'anémie pernicieuse.

Quels rapports précis existent entre les corps signalés par Klebs, ceux que M. Chantemesse a vus, si tant est qu'ils ne soient pas les uns et les autres des artifices de préparation, et ceux dont vient de parler M. Hayem. La question ne peut encore être tranchée.

MM. *Vaillard* et *Antony* (du Val-de-Grâce) ont vu, sur du sang examiné en dehors de toute addition de sérum ou d'autre liquide, les mêmes formes d'éléments globulaires mobiles, simulant des parasites.

Les injections de liquide testiculaire.

L'opinion publique médicale avait été fort sceptique vis-à-vis de la tentative de M. Brown-Sequard. Cependant, celle-ci a eu des imitateurs. Après M. Variot, médecin des hôpitaux de Paris, M. le professeur Mairet, de Montpellier, vient de l'expérimenter, non sans succès, sur des aliénés, atteints de stupeur morale et physique.

M. Mairet a employé les testicules du chien et du lapin, en broyant la glande, séparée de l'épidydime et de sa coque, avec un peu d'eau, puis en filtrant ; 25 centimètres cubes d'eau pour un testicule donnent 12 centimètres cubes de liquide rose. Les injections ont été pratiquées à la région abdominale et lombaire. Pas d'inflammation, seulement un peu de rougeur.

Quatre malades ont été ainsi traités, deux hommes et deux femmes, par les injections de liquide testiculaire, pratiquées à plusieurs reprises pendant 6 à 14 jours.

M. Mairet reconnaît que ces malades, qui ne pouvaient être suggestionnés puisqu'ils ne parlaient, ni n'entendaient, ont été considérablement améliorés au point de vue de l'état mental. Ils reprirent la parole, la marche, cessèrent de rester stupéfiés et même on put constater que les fonctions végétatives reprenaient la normale, car deux gâteux cessèrent de lâcher sous eux.

Anatomie et physiologie pathologiques de la rétention d'urine.

M. le professeur *F. Guyon* a fait des études expérimentales récentes sur ce sujet avec M. Albarran. Quelles que soient les causes, la forme et la durée de la rétention d'urine, elle évolue toujours sans

fièvre, à moins d'intervention septique, ou lorsqu'il s'agit d'un sujet préalablement infecté.

Toute rétention d'urine, surtout la rétention incomplète, s'accompagne de polyurie, même lorsqu'il s'agit de rétention aiguë, telle que celle qu'on observe chez les jeunes sujets atteints de prostatite aiguë suppurée.

Une autre conséquence de la rétention d'urine, c'est la congestion de l'appareil urinaire ; aussi n'est-il point exceptionnel de trouver, dans la rétention quelque peu prolongée, des urines colorées en brun ou en rouge, ou d'observer une hématurie, après une évacuation complète et rapide de la vessie.

Expérimentalement, on constate, du côté de la vessie et des reins, de petites hémorrhagies interstitielles, ou même, dans les rétentions prolongées, des lésions plus accusées, se caractérisant par l'aplatissement et l'état granuleux de l'épithélium du rein.

Quand la rétention se prolonge, la sécrétion s'amoindrit ; la vessie perd la première son pouvoir contractile, puis les uretères subissent bientôt le même sort, et alors la stase de l'urine est complète.

Lorsque la rétention ne date que de vingt-quatre heures, la contractilité urétérale peut être récupérée par la simple évacuation d'une partie du contenu de la vessie ou par l'électrisation. Elle reparaît ensuite dans la vessie elle-même. Si la rétention a été prolongée, rien ne la fait renaître.

Ce phénomène est, en effet, sous la dépendance immédiate de la tension intra-vésicale et subordonnée à son degré. Il est facile de se rendre compte qu'il en est de même pour la polyurie et la congestion ; les lésions anatomiques et les troubles physiologiques sont en rapport direct avec l'intensité et le degré de la tension. Tout le démontre, aussi bien dans l'état aigu provoqué par l'expérimentation que dans les cas chroniques que l'observation permet de suivre.

C'est donc sous l'influence d'un mécanisme identique que se produisent les lésions et les troubles fonctionnels consécutifs à la rétention. La tension, qui d'abord est seulement vésicale, devient uretérale et rénale. Lorsque la vessie a été remplie au maximum, les uretères, les bassinets et les canalicules rénaux eux-mêmes font à leur tour réservoir ; ils donnent place à l'urine, qui continue à être secrétée, mais ne reçoivent pas le trop-plein de la vessie. Les expériences prouvent qu'il n'y a pas reflux dans la rétention aiguë. Cela est d'accord avec une constatation anatomique déjà faite par Hallé dans les cas chroniques ; cet auteur a montré que la portion vésicale des uretères ne participe pas à la dilatation énorme qu'ils subissent au delà de la vessie.

Des actes très distincts se succèdent dans la rétention. La vessie entre d'abord en scène ; elle n'y reste seule que si la tension n'est ni exagérée, ni prolongée. Aussi, les conséquences prochaines et éloignées de la rétention de l'urine seront-elles fort différentes, selon que l'on interviendra alors que la vessie souffre seule ou que l'appareil urinaire supérieur est atteint et mis en état de réceptivité.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la Neurasthénie

(Fin).

IV

Pour ma part, j'ai vu et je vois beaucoup de neurasthéniques, comme tout médecin qui s'occupe, avec prédilection des maladies du tube digestif. Au point de vue du traitement, je constate que la plupart d'entre eux, quand ils viennent me consulter, ont été conseillés dans deux sens différents, s'il s'agit d'un homme, et dans trois s'il s'agit d'une femme.

Ils ont vu M. Charcot ou un de ses élèves ; ils ont pris des douches, des polybromures et fait de l'électrothérapie ; ils ont été soulagés de certains symptômes, mais non de tous.

Ils ont vu M. Bouchard, M. G. Sée, M. Dujardin-Beaumetz, M. Glénard, M. Leven ; ils ont eu aussi souvent de l'amélioration, mais il en est peu qui aient guéri complètement (il est vrai que les guéris ne consultent plus personne). Ils ont connu tour à tour le régime des repas rares et espacés avec la restriction des liquides, les aliments réduits en purée, l'abstention du vin rouge ; — les repas fréquents et peu abondants avec les boissons théiformes et les laxatifs ; — le lavage de l'estomac et la faradisation des parois gastriques ; — l'emploi combiné des alcalins, des purgatifs salins et de la sangle ventrière, etc.

Si ce sont des femmes, elles ont porté des pessaires, on leur a fait des cautérisations du col et appliqué des tampons vaginaux, on leur a curé l'utérus, et quelquefois on leur a proposé de leur faire une laparotomie !

Bien qu'ayant des raisons personnelles pour juger avec une sympathie particulière l'une des thérapeutiques suivies antérieurement, je me suis toujours efforcé de *juger impartialement le bénéfice* obtenu par les diverses tentatives faites, et il m'a semblé que les neurasthéniques, défilant sous mes yeux se divisaient en deux catégories : les neurasthéniques *primitifs* et les neurasthéniques *secondaires* ; parmi ces derniers il y a lieu encore de faire des distinctions, suivant l'organe ou l'appareil (tube digestif, organes génitaux urinaires) dont la lésion primitive avait retenti secondairement sur le système nerveux.

La neurasthénie primitive est-elle plus fréquente que la neurasthénie secondaire ? J'incline à le croire, et si, aux premiers indices de neurasthénie, un traitement hygiénique et médicamenteux était toujours rationnellement institué, ou pouvait l'être, — car une foule de raisons d'ordre pécuniaire ou moral s'y opposent souvent, — la période du retentissement grave sur l'appareil digestif ne serait probablement pas souvent atteinte.

Mais, à partir du moment où il existe chez le neurasthénique primitif des signes manifestes d'atonie gastro-intestinale et de dyspepsie, on échoue presque constamment si on se contente de prescrire le traitement banal des névroses, l'hydrothérapie et les médicaments nervins, et si on ne dirige pas contre les phénomènes gastro-intestinaux une médication convenable.

La chose est encore bien plus nette dans les cas très nombreux où, comme je continue à l'admettre, la neurasthénie est secondaire à l'intoxication d'origine gastro-intestinale et au trouble de la nu-

trition générale engendré par la mauvaise assimilation des aliments.

J'accepte encore que, dans un petit nombre de cas, le traitement d'une affection utérine ou péri-utérine s'impose comme première intervention, quand il ressort avec évidence de l'enchaînement et de la succession des phénomènes morbides que les troubles génitaux ont été les premiers fauteurs de la perturbation nerveuse. Je ferai la même réserve relativement aux urinaires.

Ces réflexions me conduisent à conclure que le traitement de la neurasthénie est des plus complexes, qu'il doit varier presque avec chaque malade suivant la cause de la neurasthénie, suivant le degré auquel elle est parvenue et suivant la condition sociale des malades.

Quiconque aura lu le remarquable livre de W. Mitchell sur le traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie, sera certainement convaincu que la méthode de l'auteur est excellente pour une catégorie nombreuse de femmes : encore faut-il qu'elles appartiennent à une classe de la société où on peut faire d'assez grands sacrifices de temps et d'argent, à moins qu'elles ne soient hospitalisées. Bref, on peut reprocher à ce système d'être peu pratique. Il consiste essentiellement dans l'association des moyens suivants : l'isolement, une certaine diététique ayant pour but de conduire rapidement la malade à une suralimentation très active, le repos au lit, le massage (ou manipulations) et l'électricité ; l'auteur insiste sur la nécessité d'employer ces moyens *ensemble*, simultanément.

Quelques rapides détails sur ces divers moyens ne sont pas inutiles.

1° *L'isolement* est indispensable pour soustraire la malade à toutes les influences funestes qui l'entourent chez elle, mais « il faut se procurer une garde-malade instruite et dont l'intelligence et l'éducation soient suffisantes pour en faire une compagnie agréable. » — Entre nous, ce n'est pas commode !

2° Le *repos* qu'exige Mitchell doit être *absolu, au lit, pendant au moins six semaines*. C'est, paraît-il, l'éminent neurologiste, Samuel Jackson, qui appliqua le premier le séjour forcé au lit pendant de longues semaines consécutives à certaines femmes névropathes.

Mitchell distingue, au point de vue de l'opportunité du repos au lit, deux catégories de femmes :

L'alitement ne convient pas à ces femmes qui, en temps ordinaire, se déclarent fatiguées et se mettent au lit sous le plus futile prétexte, « qui abiment leur système nerveux comme elles gâtent leurs enfants, quand elles en ont, en cédant à leurs moindres désirs, en leur permettant de s'appesantir sur les douleurs les plus insignifiantes ».

Mais le repos est indispensable à ces personnes maigres, éternellement fatiguées, dyspeptiques, chez lesquelles l'exercice après le repas, ou pour mieux dire, l'exercice prolongé n'importe à quel moment, fait perdre infailliblement ou diminue la puissance digestive. A celles-là, Mitchell, pendant quatre ou cinq semain s, ne permet pas même de s'asseoir dans leur lit pour coudre, écrire ou lire ; «le netto yage des dents est la seule action tolérée ; » il leur a même, dans certains cas, défendu de se tourner sans assistance, persuadé que quelquefois l'influence morale du repos absolu est utile. On fait manger la malade. Il y a certainement dans cet excès de sévérité un côté destiné à frapper vivement le moral de la patiente, et puis par une progression presque insensible on la ramène à l'activité.

2° Simultanément W. Mitchell cherche à obtenir la production de l'usure musculaire, et, comme conséquence, la possibilité d'assimiler les aliments, au moyen de ce que l'on a appelé les « toniques mécaniques » c'est-à-dire les *mouvements passifs prolongés* et le *massage* des muscles par une masseuse instruite, et les contractions musculaires produites par l'*électricité* faradique.

3° La réparation de l'usure ainsi provoquée est obtenue par une *alimentation* régulière et *excessive*, de façon que l'organisme entier, et en particulier le système nerveux, soit nourri en dépit de la malade.

On maintient la malade exclusivement à la diète lactée pendant les premiers jours « pour détruire par ce moyen tout symptôme de dyspepsie et préparer l'organisme à l'assimilation d'autres aliments, qui sont ajoutés par degrés *pari passu* avec la production de l'usure musculaire par le massage ». Il paraît que, grâce à cette combinaison de moyens, les malades deviennent toujours capables dès le dixième jour d'ingérer une quantité d'aliments qui semble au premier abord inconcevable : outre 2 litres de lait et 2 tasses de viande crue, trois repas complets avec viande, poisson, dessert ! Franchement, malgré les affirmations de l'auteur américain, les succès qu'il a obtenus ne devaient concerner que des neurasthéniques ayant un merveilleux tube digestif, et c'est l'exception parmi ceux et celles que nous voyons ici.

En somme, la méthode de W. Mitchell est fort remarquable, elle a fait ses preuves pour une certaine catégorie de neurasthéniques, et j'ai tenu à y insister, mais chacun de nous n'aura qu'assez rarement l'occasion et la possibilité de l'appliquer dans sa rigueur.

Cependant, on en reviendra toujours à la nécessité de l'isolement dans certains cas, l'utilité du repos absolu pendant un temps variable, de l'exercice passif et d'une alimentation assez habilement conduite pour refaire les tissus détériorés, notamment le tissu nerveux dont la nutrition a été pervertie. Or, pour obtenir cette alimentation convenable, il y aura toujours lieu chez les neurasthéniques vraiment dyspeptiques d'analyser minutieusement les éléments constituants de la dyspepsie de chacun.

Ici doit intervenir, suivant moi, l'éclectisme. Il y a du bon à prendre dans toutes les méthodes de M. Bouchard, de M. Sée, de M. Beaumetz, de M. Trastour. Tel qui n'a que l'atonie gastrique et la dilatation de l'estomac sans perversions encore notables des opérations chimiques de la digestion gastrique, réclamera une autre médication que celui qui a de l'hypochlorhydrie ou de l'hyperchlorhydrie. A celui qui a de la dilatation du côlon et de l'S iliaque avec rétention stercorale, conviendront des moyens autres, sans préjudice des perturbations de la statique des viscères abdominaux (rein flottant, abaissement du paquet intestinal), que bon nombre de médecins savaient discerner et traiter avant que M. Glénard en eût dogmatiquement hellénisé l'étude sous les vocables d'entéroptôse, néphroptôse et autres ptôses.

On peut, bien entendu, tirer le plus grand parti de l'hydrothérapie et de la balnéothérapie, de

toutes les stimulations cutanées, du traitement moral, des cures d'altitude et de climat, de l'électricité statique.

Mais il y a un point sur lequel je crois qu'il est indispensable d'insister : il n'y a pas de neurasthéniques auxquels conviennent les médicaments dépressifs de l'activité nerveuse ; ne donnez pas de bromures aux neurasthéniques. A presque tous au contraire, convient la strychnine à doses élevées, mais par courtes périodes (5 à 6 milligrammes du sulfate de strychnine *pro die* pendant 10 jours par mois). P. Le Gendre.

Qu'est-ce que la pneumonie traumatique ?

Un de nos correspondants nous a demandé quelques renseignements sur les récents travaux auxquels a pu donner lieu la pneumonie traumatique.

Nulle part cette question n'a été mieux étudiée que dans le chapitre qui lui a été consacré par Grisolle, dans son Traité de la pneumonie. Cependant des thèses ont été soutenues depuis sur ce sujet par M. Courtois en 1873, par M. Cahen en 1879, et par mon excellent collègue d'internat, le Dr L. Proust, qui exerce aujourd'hui à Blois avec un si grand succès. Ce dernier travail date de 1883. En 1885, M. le professeur Sée a abordé incidemment la pneumonie dans le tome II de son Traité de médecine clinique. En 1888, M. le professeur agrégé Rendu consacrait une remarquable clinique à l'hémoptysie traumatique.

La question se pose de la façon suivante : maintenant que nous connaissons la nature spécifique de la pneumonie franche, fibrineuse, aiguë, maintenant que nous savons que c'est le diplocoque lancéolé ou pneumocoque de Talamon et Fraenkel qui la produit, comment expliquer qu'elle puisse éclater précisément à l'occasion d'un choc sur le thorax ?

Cette hypothèse a paru d'abord aussi étrange que le serait l'apparition d'une fièvre typhoïde comme conséquence d'un traumatisme. Mais aujourd'hui nous savons que la singularité n'est qu'apparente. Dans des articles récents où j'ai parlé de la pneumonie (1), j'ai montré, je crois, que l'influence du froid n'était nullement incompatible avec l'action spécifique du pneumocoque. Tout le monde n'a pas le pneumocoque dans sa salive ou dans son mucus nasal, mais ceux qui l'ont peuvent toujours faire une pneumonie fibrineuse à l'occasion de toute cause provocatrice capable d'affaibir brusquement le système nerveux et d'amoindrir passagèrement l'appareil défensif de l'organisme. Cette cause provocatrice peut être le froid, ce peut être un traumatisme. « Dans le développement de la pneumonie, comme dans celui des autres maladies, dit M. G. Sée, le froid n'agit que comme cause adjuvante, occasionnelle, accidentelle, nullement nécessaire. Jurgensen admet que dans certains cas le froid agit en provoquant une inflammation catarrhale des bronches qui favorise le développement des germes entraînés dans le poumon. Nous pensons plutôt, en raison de son action brutale, que le froid intervient surtout en troublant l'équilibre vasculaire et nerveux des poumons ; la résistance offerte par le tissu pulmonaire à l'envahissement parasitaire se trouve brusquement affaiblie, et cet affaiblissement de la vitalité cellulaire réalise probablement une des conditions favorables à la germination du microbe. »

(1) *Concours médical*, 1889.

Ce microbe, c'est le diplocoque de Talamon-Frænkel, quand il s'agit d'une pneumonie franche ; mais ce sera beaucoup plus souvent, quand il s'agira d'une pneumonie traumatique, d'une pneumonie secondaire, un de ces microbes qui se trouvent constamment à la surface de nos muqueuses et de nos téguments, les microbes pyogènes, comme les streptocoques et les staphylocoques, ou des microbes saprogènes, agents de la gangrène, toujours prêts à envahir les tissus désorganisés traumatiquement et à y pulluler.

« Dans les quelques cas au moins douteux, continue M. Sée, où une pneumonie franche, au dire des observateurs, a succédé à une contusion et à un traumatisme du thorax, la même explication peut être invoquée. Le microbe pneumonique occupait déjà l'appareil respiratoire, prêt à se développer ; le traumatisme n'a fait que précipiter et favoriser sa multiplication et son extension en diminuant brusquement la résistance propre du tissu du poumon. »

Le phagocytisme, dont j'ai esquissé l'histoire, nous explique assez bien cette résistance.

« Dans la plupart des cas ce n'est pas une pneumonie franche qui se produit à la suite d'un traumatisme. Qu'il s'agisse de contusions du thorax, de fractures de côtes, de plaies pénétrantes par arme blanche ou par une arme à feu, de corps étrangers introduits par les bronches, de vapeurs irritantes, on observe des épanchements de sang, des inflammations purulentes ou gangreneuses, des broncho-pneumonies, mais rien qui rappelle la pneumonie primitive du coccus elliptique (pneumocoque ou diplocoque lancéolé). »

Au point de vue de la marche clinique, voici les conclusions de la thèse de L. Proust. La pneumomie d'origine traumatique *est le plus souvent* le résultat d'une contusion ou d'une plaie contuse du poumon. Ses symptômes tiennent à la fois de ceux de la pneumonie franche aiguë et de la broncho-pneumonie, mais avec des caractères différents. Sa marche irrégulière diffère également de celle de la pneumonie spontanée.

La guérison est presque la règle.

La pneumonie traumatique ne constitue pas une entité morbide définie. La violence du traumatisme, l'état général du blessé, sont deux conditions qui modifient le type et l'évolution de la maladie. Les divers degrés de l'inflammation pulmonaire traumatique sont compris entre ces deux points extrêmes, pleuro-pneumonie locale superficielle et destruction gangréneuse du poumon.

Dans la clinique intéressante de l'hôpital Necker à laquelle je faisais allusion plus haut (1), M. Rendu citait le cas d'un homme qui eut une hémoptysie traumatique provoquée par un coup de tête de cheval en pleine poitrine. Le malade eut les jours suivants une grosse lésion broncho-pneumonique du poumon. On sut plus tard que c'était un tuberculeux latent et le traumatisme ne fit que donner un coup de fouet aux bacilles qui sommeillaient.

La lésion du poumon fut considérable et cependant le traumatisme avait laissé intacte la paroi thoracique. « A priori, dit M. Rendu, on a de la

(1) *Bulletin médical*, 21 mars 1888.

peine à comprendre comment une contusion vraie, directe, du poumon, peut s'effectuer sans qu'on trouve la moindre trace d'ecchymose cutanée, ni de fractures des côtes. Cette production de lésions viscérales, indépendante de tout désordre du côté des téguments, ne doit pas nous étonner, car elle est presque la règle dans la plupart des contusions profondes ; la peau est, en effet, très résistante et très élastique ; elle cède au choc sans se déchirer. » M. Rendu cite le cas d'un individu sur le ventre duquel avait passé une roue d'omnibus ; la mort avait été presque instantanée. Or, la paroi abdominale ne présentait aucune lésion, pas même une ecchymose, et cependant, les intestins étaient sectionnés avec la netteté d'un instrument tranchant.

Est-il possible, de même, d'expliquer par les conditions physiques de la contusion l'intégrité des téguments et du squelette, alors que le poumon subissait si rudement la conséquence du coup ?

Pour qu'une côte se brise, il faut : 1° un choc intense, 2° que ce choc porte sur une faible surface, 3° que la côte soit dans un état de tension spéciale ; sans quoi, elle fléchit et ne rompt pas. Lorsque ces conditions se trouvent réunies, il y a fracture, et souvent la rupture de la paroi costale, en amortissant le choc, protège les parties sous-jacentes contre des lésions plus graves. Au contraire, si la cage thoracique se déprime, le poumon est contusionné et peut même se déchirer. La paroi thoracique peut fléchir et le poumon est brusquement comprimé. On a même des exemples de lésions viscérales plus graves encore : un poumon peut subir une attrition complète avec gangrène rapide consécutive, tandis que la paroi reste intacte : c'est ce que l'on a souvent observé chez des hommes d'équipe tamponnés par des wagons de chemins de fer.

Les conditions nécessaires pour que le poumon soit atteint sont : 1° que le choc soit brusque, sans quoi le poumon s'accommode très bien d'une compression graduelle et transitoire ; 2° que le corps contondant agisse sur une large surface ; 3° enfin, que le moment de la période respiratoire soit favorable. Cette dernière condition n'a pas été étudiée, et on comprend d'ailleurs qu'il soit difficile de préciser l'état de l'appareil respiratoire au moment où survient un traumatisme brusque et inattendu.

P. Le Gendre.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'INDEMNITÉ EN CAS DE MALADIE.

Discours de M. Cézilly à l'association des médecins de l'Oise (1).

Monsieur le Président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Je dois vous entretenir, de nouveau, de l'œuvre de l'*indemnité de maladie*. Vous l'avez faite vôtre en obtenant la prise en considération par l'*Association générale* de la proposition que j'ai eu l'honneur de vous soumettre à son sujet en 1886 et 1887.

L'historique de l'*Indemnité de maladie* présente quelque intérêt. M. le Dr *Coriveaud* (de Blaye) a réclamé la priorité de cette idée qu'il aurait émise en 1876. Je n'attache pas une grande importance à ces constatations, car toute *société de secours mutuels* a pour objet l'indemnité de maladie et c'est l'inconnu qui, le premier, a établi une de ces sociétés, qui est le père de *l'indemnité de maladie*.

En ce qui concerne l'indemnité entre médecins, c'est en Angleterre que nous en trouvons le premier exemple. L'*Association amicale des médecins anglais* a été constituée par le Dr *Hart* en juillet 1884.

Je suis, par goût et par situation, à la recherche constante de tout ce qui peut être utile au corps médical. C'est pourquoi, à la fin de cette même année, je fis au Conseil directeur de la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français* la proposition d'adjoindre à son œuvre l'indemnité de maladie. L'entreprise, trop vaste, fut repoussée par l'Assemblée générale de la Caisse des pensions en avril 1885.

En 1886, M. le Dr Gallet-Lagoguey entreprit de fonder une *Association mutuelle des médecins de la Seine* et me convia à assister aux séances préparatoires de cette organisation qu'il a menée à bonne fin. Je fis des objections à la forme adoptée ; il eût été préférable de l'établir sous un régime autre que celui des *sociétés de secours mutuels*, puisque, par ce choix, on s'interdisait la faculté de rallier à l'œuvre les médecins des départements.

En outre, la prime annuelle de 120 fr. me paraissait beaucoup trop élevée, les engagements pris trop considérables, l'œuvre nécessitait surtout la constitution de trop grosses réserves, pour faire face aux responsabilités endossées. J'aurais préféré une œuvre copiée sur l'œuvre anglaise.

M. Gallet-Lagoguey a eu le mérite de persévérer.

En ce moment cent cinquante participants de Paris, avec une réserve d'une trentaine de mille francs, se félicitent des résultats obtenus. Nous souhaitons que l'avenir confirme leurs espérances.

Un peu plus tard, dans le *Syndicat de l'Aisne-et-Vesle*, quelques confrères ont prouvé le mouvement en marchant dans la voie que j'avais préconisée. MM. *Ancelet* (de Vailly) et *Lécuyer* (de Beaurieux) ont créé une œuvre bien modeste, mais aussi bien simple et bien sûre, à laquelle il ne manque que l'autorité du nombre des adhérents et des gros capitaux.

C'est dans ce sens, croyons-nous, que nous pouvons essayer d'engager l'*Association générale*. Nous voulons vous prouver qu'elle en a le droit et le devoir ; qu'elle ne court aucun risque et que, seule, elle peut, en ce moment, faire une grande œuvre qui sera bénie par tous les médecins, puisque tous, à peu près, pourront y participer.

Nous avons tenté de faire, en France, l'application stricte du système anglais ; mais, comme nous l'avions prévu, l'élévation du taux des primes à payer, en rapport avec l'âge du participant, nous a procuré un nombre d'adhésions absolument insuffisant. L'expérience est faite, *pour le moment* ; on ne devrait la tenter de nouveau que si on ne réussissait pas à établir l'indemnité de maladie sous une autre forme, bien simplifiée.

(1) Extrait du compte-rendu de l'Assemblée du 29 septembre 1889.

Il fallait donc se résigner à une organisation mixte, de droit, il est vrai, mais droit mitigé par le caractère spécial de l'Association qui est une œuvre d'assistance confraternelle, et ne pas tenir compte de l'âge du participant qui accroît, dans une grosse mesure, le risque maladie.

C'est cette organisation mixte, dont je vous ai déjà indiqué en 1886 et 1887 les éléments principaux, qu'il me faut développer aujourd'hui devant vous, puisque toutes les *Sociétés locales* en sont saisies par le *Conseil général*.

A quelles conditions l'œuvre de l'indemnité sera-t-elle accessible à la majorité des membres de l'Association ?

Il est évident que la cotisation doit être *aussi peu élevée que possible* et je me récrie quand j'entends dire qu'une cotisation de plus de cent francs est à la portée du grand nombre.

Mais, pour réduire la cotisation, il faut, en premier lieu, limiter au strict nécessaire les *réserves* de l'œuvre et en conséquence limiter les engagements.

La réserve devra atteindre la valeur de la prime de tous les membres pendant une année et, dès qu'elle dépassera cette proportion, l'excédent pourra être consacré à diminuer la prime annuelle générale ou, si on le préfère, à accroître la durée de la dispensation de l'indemnité *entière ou de moitié*.

Il y aura à veiller à n'admettre que des médecins valides et peut-être il faudra établir une prime un peu plus élevée pour les quinquagénaires.

L'œuvre de l'indemnité est *souhaitable* ; personne ne le conteste.

Est-elle possible ? Oui, sûrement, puisqu'elle existe et fonctionne entre médecins depuis cinq ans et demi.

En Angleterre, près de mille médecins participent à l'œuvre ; elle sert une indemnité entière pendant six mois et une demi-indemnité pour toute la durée de la maladie, si celle-ci devient chronique. De là, nécessité d'une prime élevée et de réserves qui absorbent jusqu'à *soixante-trois pour cent* des cotisations annuelles.

Il faut renoncer à ces énormes responsabilités, entraînant la nécessité de pareilles réserves.

Donc, si nous prouvons que nous n'avons pas besoin de ces réserves, nous pourrons diminuer, de plus de moitié, la cotisation ; la diminuer encore dans une grosse proportion, si nous démontrons qu'on peut se contenter d'allouer l'indemnité entière pendant une période comprenant la durée générale des accidents et affections aiguës qui peuvent frapper le médecin.

Quelle est la *moyenne* de la durée des affections pour les collectivités ?

Il a été démontré à satiété que dans les *sociétés de secours mutuels*, dans l'Association anglaise, dans la Société mutuelle de la Seine, le Syndicat d'Aisne-et-Vesle, etc., la moyenne des journées de maladie est de quatre journées et une fraction.

A ce sujet nous avons consulté les personnes les plus compétentes et leurs assertions sont absolument concordantes.

En conséquence, chaque participant doit verser une somme équivalente à 4 journées et une fraction de l'indemnité quotidienne que nous adopterons.

La moyenne des journées de maladie s'établit sûrement avec 7 à 800 adhérents.

Nous devons donc rechercher quelles sont les conditions de l'accession à l'œuvre d'un pareil nombre de médecins.

Nous nous l'assurerons par la *modicité de la cotisation* et par la *certitude* que l'œuvre *tiendra son engagement de leur verser l'indemnité*.

Fixons donc la cotisation à 48 fr. qui représentent, à 10 fr. d'indemnité journalière, 4.80 journées de maladie.

Ces 48 fr., soit 4 fr. par mois, sont un *maximum* qui pourra être atténué encore par l'accession de *membres honoraires*, par les *dons* qui viendront à une œuvre de la plus haute portée ; par les *dons* surtout des *sociétés locales et de l'Association générale*.

La cotisation sera atténuée dès que les réserves dépasseront sensiblement une année de cotisation de tous les sociétaires.

Il faut, après avoir fixé la cotisation, s'assurer qu'on pourra, en toute éventualité, payer l'indemnité de maladie et prévoir le cas où la moyenne serait dépassée une année, en retenant que, puisque c'est une *moyenne*, la dépense imprévue sera compensée par la suite.

Il faut donc *constituer une réserve*. Elle est pourvue déjà d'une demi-annuité versée par tous les sociétaires, car ils s'engagent à ne pas bénéficier de l'œuvre pendant les 6 premiers mois de leur entrée. Les *sociétés locales* et la *Société centrale* peuvent *garantir* aisément l'autre demi-annuité. Les *intérêts* de cette première réserve l'accroîtraient sensiblement chaque année.

Par une *cotisation modique*, par la *constitution d'emblée de la réserve*, nous avons la certitude d'obtenir le *nombre des adhésions*.

Voyons donc comment nous devons employer les 48.000 francs de cotisation fournis par mille adhérents par exemple.

Il se présente alors la question de la *durée de la délivrance de l'indemnité journalière de 10 francs.*

Pourquoi 10 francs ? Parce que cette somme est appréciable pour le médecin aisé et considérable pour le médecin gêné. Elle peut suffire au *remplacement momentané et payé* ; elle peut dans ce cas permettre la continuation de la perception par le médecin malade, du produit de sa clientèle et à fortiori s'il est remplacé par des confrères bénévoles.

Nous n'avons pas à nous étendre sur ce point ; *mais combien de temps durera la délivrance de l'indemnité ?*

Après avoir pris l'avis d'un très grand nombre de médecins et de sociétés médicales, je crois que la délivrance de l'indemnité *durant quatre mois* répond aux nécessités de la cessation d'exercice due à un accident ou à une maladie aiguë. Cette période pourra être prolongée, lorsque les réserves en donneront la faculté, si on ne préfère diminuer la cotisation.

Remarquez qu'en général, le médecin se hâtera de reprendre l'exercice de sa profession, plus profitable que la perception de l'indemnité. Notez bien que *ce maximum de 1200 francs* (10 fr. pendant 120 jours) *représente vingt-cinq années de versement de la cotisation de 48 fr.*

Vous admettrez qu'il fallait limiter le versement de l'indemnité, sous peine d'être obligé d'accumuler, comme en Angleterre où l'on paye 6 mois à indemnité pleine et le reste de la maladie à demi-indemnité, des réserves considérables, au prix

d'une cotisation triple. Vous voudriez, encore moins, imiter l'Association mutuelle de la Seine, qui verse indemnité pleine jusqu'à la fin de la vie du sociétaire malade.

Quelle sera donc la situation des sociétaires malades plus de 6 mois ; des sociétaires devenus chroniques confirmés ?...

Ces sociétaires recevront, durant quatre mois, l'indemnité de 10 francs par jour ; soit 1200 fr. Si l'année suivante leur affection se prolonge, ils recevront encore une fois 1200 francs, et ainsi de suite. *Ce qui équivaut à une pension d'infirmité.* Ce résultat est considérable et répond à toutes les objections.

Pourquoi demander à l'Association générale la création de l'œuvre de l'indemnité de maladie ?

D'abord parce qu'elle compte la moitié des médecins français ; ensuite parce que, comme elle est une société de secours mutuels, l'indemnité de maladie est comprise très implicitement dans ses statuts ; qu'aucune société ne peut la mener à bien comme elle, dans des conditions de sécurité et d'économie ; qu'elle ne court aucun risque à l'inaugurer ; qu'elle n'a rien à changer à ses statuts pour l'adopter ; qu'aucun gouvernement ne songera jamais à empêcher une société de secours mutuels de faire œuvre de société de secours ; qu'enfin, vous l'avez bien vu, votre vœu a été pris en considération sans opposition (Ce qui est sûrement une rare bonne fortune !)

Mais les raisonnements les plus justes; la certitude de répondre à une vraie nécessité ; la perspective des bienfaits à répandre, ne pourraient décider l'Association générale à donner, non pas son patronage banal (ce qui serait bien insuffisant pour le succès), mais bien son concours le plus actif, sa propagande énergique et autorisée auprès de toutes les sociétés locales si nous ne pouvions lui démontrer, *sans aucune chance d'erreur*, que *l'indemnité de maladie* ne lui imposera aucune charge considérable et qu'elle sera absolument capable de tenir tous les engagements qu'elle aura pris avec ses participants.

Ce n'est pas dans les Sociétés de secours mutuels composées d'ouvriers ; dans la société mutuelle de la Seine, bien jeune encore ; dans la Société d'Aisne-et-Vesle, trop peu nombreuse, que nous irons chercher nos preuves.

Nous allons, si vous le voulez bien, supposer que l'Association générale a inauguré l'œuvre de l'indemnité de maladie depuis cinq ans, le 1er janvier 1885 ; qu'elle exige une cotisation de 48 fr. et qu'elle promet la délivrance maximum de quatre mois d'indemnité à 10 fr. par jour.

Aux frais du Concours médical, nous avons demandé à M. *Radley*, secrétaire de l'*Association anglaise d'assurance contre la maladie entre médecins*, un tableau rédigé spécialement pour répondre à l'organisation que nous proposons et énonçant, en chiffres absolument officiels, les résultats de cinq années d'exercice.

Le tableau obtenu, notre excellent confrère et ami le Dr Maurat a bien voulu nous établir les calculs suivants avec la compétence que nous lui reconnaissons tous. Voici le tableau Radley et ensuite l'exposé de notre confrère (1).

(1) Ce tableau, primitivement établi pour 4 ans et demi, a été complété jusqu'au 31 décembre 1889 par une seconde communication de M. *Radley*.

Résumé des opérations de l'assurance anglaise contre la maladie du 1er janvier 1885 au 31 décembre 1889.

Année.	Nombre de membres assurés. A	Nombre de journées de maladie B	Moyenne des journées de maladie par sociétaire. C	Nombre de maladies. D	Moyenne de durée des maladies (en jours). E	Nombre des malades dont la maladie a duré moins de dix jours (7 à 9). H	Nombre des malades dont la maladie a duré de 4 à 6 mois. K	Nombre des malades dont la maladie a duré plus de six mois M (1)
1885..	560	2692	4.80	78	34.52	19	1	3
1886..	653	3522	5.39	112	31.44	30	2	3
1887..	742	3615	4.87	117	30.89	33	5	2
1888..	844	3628	4.29	121	29.99	34	3	3
1889..	936	4975	5.31	147	33.84	43	3	5
Total.	3735	18432	4.93	575	32.05	168 soit plus du 1/4 des malades	14	16

Ce tableau montre clairement :

1° Que plus du quart des malades ont une incapacité de travail de moins de dix jours et seraient éliminés des calculs d'une société qui ne payerait l'indemnité qu'en cas de maladie d'une durée d'au moins dix jours ;

2° Que la moyenne des jours de maladie est de 4.93 par sociétaire en *comptant les malades chroniques*, ce qui est sensiblement le chiffre fourni par les sociétés de secours mutuels françaises;

3° Que la presque totalité des maladies se trouve jugée en moins de quatre mois;

4° Que dans une société où on ne donnerait l'indemnité que pour une maladie ayant duré au moins dix jours, et où on ne payerait cette indemnité que pendant 4 mois (120 jours), la moyenne des jours de maladie par sociétaire serait notablement inférieure à 4 (ce que nous avons toujours soutenu) et que, par conséquent, une prime annuelle de 48 fr. pourrait permettre de donner 10 fr. par jour pendant quatre mois à tout sociétaire, malade au moins dix jours; plus 1200 fr. par an à tout malade chronique ;

5° Que le payement de cette indemnité laisserait encore pour la caisse de réserve un bénéfice d'au moins 8 fr. par sociétaire, c'est-à-dire rendrait possible la capitalisation de 1/6 de la prime totale.

Ce que fût devenue la Caisse « Indemnité de Maladie », si l'Association Générale des Médecins de France l'avait créée en 1885.

M. le Dr Maurat s'exprime en ces termes :

Messieurs,

M. le Dr Cézilly a clairement exposé l'état de la

(1) Chaque malade chronique recevant des secours perpétuels est compté chaque année comme malade de plus de six mois.

question en France, et de son travail ressort spécialement ce fait indiscutable que pour créer une assurance à bon marché accessible à tous et pour pouvoir *diminuer la prime annuelle à réclamer*, il faut nécessairement *diminuer les risques.*

Nous supposerons donc, en regrettant que ce ne soit qu'une supposition (qui, nous l'espérons, deviendra une réalité), que l'Association générale des médecins de France ait créé une caisse d'indemnité en cas de maladie le 1er janvier 1885 sur les bases suivantes :

1° Examen médical avant l'admission (comme en Angleterre).

2° Prime annuelle de 48 fr. (4 fr. par mois).

3° Indemnité de 10 fr. par jour aux malades, pendant 4 mois (1).

Les malades chroniques touchant chaque année 4 mois d'indemnité, soit 1200 fr.

Les maladies de moins de 10 jours ne donnant droit à aucune indemnité (2).

4° Mille adhérents.

(Ce chiffre n'étant pris que pour simplifier les calculs qui sont vrais pour un nombre quelconque de sociétaires). Mais il est facile de comprendre que plus il y a d'adhérents plus les calculs basés sur des moyennes ont de chances de ne pas être faussés par des séries malheureuses. C'est, du reste, cette raison qui nous fait tant désirer voir l'Association générale prendre cette question en main et l'appuyer de sa haute autorité morale pour recruter immédiatement un plus grand nombre de sociétaires.

5° L'assuré ne pouvant recourir à l'indemnité qu'après six mois de cotisation.

Nous établirons pour chaque année la situation budgétaire de notre société imaginaire d'après les données fournies par l'Association Anglaise et chacun de nos lecteurs pourra, s'il lui plaît, en refaire facilement tous les calculs.

1er EXERCICE 1885.

Avoir, 1000 adhérents à 48 fr.	48.000
Dépenses : 3,920 journées de maladie à 10 fr.	39.200
Balance en faveur de l'actif	8.800

Pour cette première année, nous allons faire complètement le raisonnement sur lequel reposent tous nos calculs, afin d'édifier nos lecteurs, auxquels il sera facile de refaire les mêmes calculs pour les quatre années suivantes.

Dans la Société Anglaise, pour la 1re année, 560 membres ont eu 2,692 journées de maladie.

Si au lieu de payer l'indemnité pour les maladies d'au moins 7 jours, elle ne l'avait payée que pour celles d'au moins 10 jours, la colonne (H) de notre tableau indique que 19 malades, de 7 à 9 jours (moyenne 8), auraient été éliminés, soit une diminution de 19 × 8 = 152 journées de maladie.

De même si au lieu de payer l'indemnité pendant six mois à plein tarif elle ne l'avait payée que pendant 4 mois, la colonne (K) nous indique que 1 malade eût été éliminé pendant une durée de 1 à 2 mois (moyenne 30 jours).

Une troisième cause de diminution, et la plus considérable, réside dans la colonne (M) — 3 malades ont eu une durée de maladie de plus de six mois, probablement un an (voir la note au bas du tableau) ; mais nous ne prenons que la moyenne de 9 mois pour marquer notre désir de rester au-dessous de la réalité.

De ce chef, le paiement de l'indemnité ayant cessé complètement à la fin du 4e mois, on aurait évité de payer à ces trois malades 2 mois à plein tarif, 60 × 3 = 180, plus trois mois à demi-tarif ou 45 × 3 = 135, c'est-à-dire 315 journées de maladie.

Il y a donc, au total, une diminution de 152 + 30 + 180 + 135 = 497 journées de maladie, soit 2.691 — 497 = 2195 journées pour 560 sociétaires ; pour 1000 soc. $\frac{2.195 \times 1000}{560} = 3919{,}6$ journées de maladie, c. q. f. d.

2e EXERCICE 1886.

Avoir en caisse	8.800 francs.
Cotisation de 1.000 sociétaires	48.000 —
Intérêts de la somme de 8.800 fr. pendant un an	Mémoire.
Total	56.800 —
Dépenses, 4,342 journées à 10 fr.	43.420 —
Balance en faveur de l'actif	13.380 —

3e EXERCICE 1887.

Avoir en caisse	13.380 —
Cotisation de 1.000 membres	48.000 —
Intérêts de 13.380 f. pendant un an	Mémoire.
Total	61.380 —
Dépenses 4.031 journées à 10 fr.	40.310 —
Balance en faveur de l'actif	21,070 —

4e EXERCICE 1888.

Avoir en caisse	21.070 —
Cotisation de 1.000 sociétaires	48.000 —
Intérêts de 21.070 f. pendant un an	Mémoire.
Total	69.070 —
Dépenses 3,497 journées à 10 fr.	34.970 —
Balance en faveur de l'actif	34,100 —

5e EXERCICE 1889.

Avoir en caisse	34.100 fr.
1.000 cotisations	48,000 —
Intérêts de 34.100 f. pendant un an	Mémoire.
	82.100 —
Dépenses 4.291 journées à 10 fr.	42,910 —
Balance en faveur de l'actif	39.190 —

Ainsi donc, au bout de cinq années d'exercice, la Société imaginaire dont nous avons exposé le fonctionnement aurait versé aux membres du corps médical plus de 200 mille francs d'indemnité et constitué une réserve de plus de 39 mille francs avec une prime de 48 fr. par an et sans tenir compte des intérêts des sommes en caisse.

Quel magnifique résultat, bien digne de conquérir les suffrages du comité d'études de notre Association générale !

Si, poussant plus loin les calculs, on recherche ce que deviendrait la même Société en payant l'indemnité pour les maladies d'au moins 7 jours comme la Société Anglaise, *on arriverait encore à constituer après 5 années une réserve de 21,260 fr.* Car

(1) Nous rappelons que la Société Anglaise paye l'indemnité pour les maladies d'au moins 7 jours de durée, pendant 6 mois à plein tarif et ensuite à demi-tarif indéfiniment.

(2) Une maladie d'au moins dix jours donne, bien entendu, droit à l'indemnité à partir du premier jour de maladie constaté et non pas à partir seulement du 10e jour, comme on pourrait le croire.

il faut bien remarquer que la caisse de la Société n'est véritablement grevée d'une façon dangereuse que par les maladies chroniques qui vont toujours en croissant d'année en année à mesure que les sociétaires avancent en âge. C'est, à notre avis, ce qui constitue le danger sérieux de l'Association médicale mutuelle de la Seine, malgré sa grosse prime (120 fr. par an) et ce qui a obligé l'Association Anglaise, plus prudente, à ne donner que demi-indemnité après six mois et rien après 65 ans d'âge, tout en réclamant une prime non moins élevée.

Le président de l'Association médicale Mutuelle de la Seine, notre honorable confrère le Dr Lagoguey, auquel nous rendons pleinement justice et dont nous admirons la foi d'apôtre sans pouvoir, hélas, la partager, se félicite, dans son dernier compte rendu, d'avoir traversé avec succès l'épidémie dernière. Nous l'en félicitons également, mais là n'est pas le danger pour les caisses d'assurances contre la maladie. Les courtes incapacités de travail, même nombreuses, ne compromettent jamais l'équilibre de la caisse ; mais quand vient l'âge pour les premiers sociétaires, et plus on s'éloigne de l'époque d'examen médical d'admission, plus les cas de maladie chronique deviennent nombreux et épuisent rapidement la caisse de réserve.

C'est cette raison qui rend importante la constitution d'une réserve et qui nous fait considérer la prime de 48 fr. par an, que nous proposons, comme l'extrême limite à laquelle on puisse sans danger l'abaisser au début de l'œuvre.

Nous ferons remarquer, en terminant ce travail déjà long :

1° que les chiffres nous ayant servi à établir nos calculs ont la sanction de l'expérience.

2° Que nous avons, de parti pris, toujours forcé les chiffres en notre défaveur et négligé de calculer les intérêts des sommes importantes constituant la réserve.

3° Enfin qu'à notre avis les médecins français devront moins facilement recourir à la Caisse de l'Association en cas de maladie, que leurs confrères anglais qui, d'après une habitude de leur pays, sont presque tous doublés d'un *assistant*, chose malheureusement inconnue en France, et peuvent se faire remplacer plus facilement et avec beaucoup moins d'inconvénients par leur alter-ego habituel.

On nous objectera peut-être que dans nos calculs nous avons négligé de faire figurer les frais de gestion ; mais nous répondrons que, dans notre esprit, ils doivent être nuls ou presque nuls, si l'Association générale se charge de cette organisation. Dans le cas contraire, les intérêts de la réserve que nous avons négligés suffiraient amplement pour les couvrir, d'autant plus que nous avons également négligé de porter à la réserve les six mois de prime pendant lesquels les nouveaux sociétaires s'interdisent de recourir à l'assurance.

Chers confrères :

Après cet exposé si probant de notre confrère Maurat, je continue le mien :

La proposition que vous avez fait prendre en considération par l'*Association* va être discutée à l'Assemblée générale de 1890. Le seul argument sérieux qu'on puisse faire valoir contre son acceptation, consiste dans l'élévation relative de la cotisation annuelle de 48 fr.

Nous ne nous en dissimulons en aucune façon la portée.

Il faut pourtant bien que chaque médecin comprenne que s'il veut une indemnité de 10 francs par jour pendant quatre mois, il faut qu'il verse une cotisation équivalente. *Qu'il se contente de 5 francs d'indemnité journalière et il entrera dès ce moment dans la catégorie de ceux qui ne verseront que 24 francs par an* — la solution est bien simple.

Mais ne demandons pas qu'avec une cotisation faible, l'œuvre serve une indemnité élevée ; c'est l'évidence absolue ! Notre collègue et ami le Dr Charbonnier, président de l'Association de la Sarthe, trouve la cotisation de 48 francs excessive. Qu'il accepte celle de 24 francs et se contente de l'indemnité journalière de 5 francs. L'argent qu'on donne ne peut provenir que des sommes reçues !

Nous ne vous avons exposé, chers confrères, que des idées basées sur la connaissance des besoins et des ressources de la majorité des médecins de notre pays. Nous ne nous sommes pas leurré d'espérances, nous n'avons pas fait miroiter des chiffres inacceptables ; nous n'avons pas imité, en un mot, ces amis trop chaleureux de l'*Association mutuelle de la Seine* qui nous disent avec une certaine légèreté, au risque de se procurer des déceptions : « On voit tout de suite combien les avantages de l'*Association mutuelle* sont au-dessus de ceux des *caisses de retraite* dont on ne jouit qu'à la vieillesse et qui, pour arriver au chiffre de 3.650 fr., assuré par l'œuvre, exigeraient une cotisation au moins triple. » L'auteur de ces réflexions ajoute : « Remarquez aussi qu'en cas de décès du sociétaire, l'œuvre rembourse à la veuve, ou aux orphelins, *si la réserve le permet*, une allocation calculée d'après le temps pendant lequel la cotisation aura été versée. »

Comment venir comparer l'œuvre de l'indemnité à celle des pensions de retraite ! Cette exubérance d'enthousiasme me remet en mémoire les exigences d'un grand nombre de nos correspondants qui, adhérant en principe à l'œuvre de la *Caisse des pensions de retraite*, lors de sa fondation par le *Concours médical*, demandaient que la pension fût très élevée, reversible sur la veuve, les orphelins, les ascendants, et qui, par contre, trouvaient les cotisations beaucoup trop onéreuses !

Vous le savez bien, chers confrères, toutes les œuvres *de prévoyance* ne vivent et ne vivront jamais que du bénéfice de Pierre plus favorisé que Paul, par sa santé, sa longévité.

Ainsi donc pour les versements que vous pourriez faire pour l'indemnité de maladie, je puis terminer en vous souhaitant de payer toujours et de ne toucher jamais.

Je n'en pourrais dire autant de la *Caisse des pensions de retraite* que je ne saurais trop vous recommander. Pour celle-ci je vous souhaite de payer et surtout de toucher à l'âge de 60 ans et pendant de longues années. L'œuvre est forte et fera face à tous ses engagements.

En ce qui concerne la mise en œuvre de notre proposition, si elle venait à être adoptée, elle est très simple et regarde la Commission spéciale que nommerait le conseil général de l'Association. »

L'allocution du président est accueillie avec grande faveur par l'Assemblée qui décide que le procès-verbal de la séance sera adressé à toutes les *Sociétés locales*.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons été, tout récemment, menacé d'une révolution dans l'organisation du service de l'Assistance publique de France. Il s'agissait de renvoyer encore une fois au commerce, ce service vital pour le corps médical. Heureusement que le bon sens et le bon droit ont triomphé. Monsieur *Henri Monod* conserve sa situation qu'il occupe avec tant de distinction. Le nouveau ministre de l'intérieur, M. *Bourgeois*, attache, affirme-t-on, le plus grand prix à l'organisation des services d'assistance. Il fera triompher, au pouvoir, les idées si justes qu'il a exposées avec clarté et énergie dans la dernière séance du Conseil supérieur. Les syndicats et le Concours médical peuvent espérer de voir enfin discuter les graves questions de l'Assistance *gratuite et obligatoire*.

— *Bulletin des nourrices*. — Poursuivant avec une louable ténacité son idée de *l'Instruction des nourrices mercenaires* qu'il a exposée à diverses reprises dans ce journal, le docteur E. Toussaint, d'Argenteuil, entreprend la publication d'un journal de vulgarisation : *le Bulletin des nourrices*, qui sera distribué gratuitement chaque mois aux nourrices, sevreuses et gardeuses de la banlieue de Paris.

Notre confrère nous prie de faire savoir aux médecins du Concours qu'il sera très heureux si quelques-uns d'entre eux veulent bien collaborer au *Bulletin*, et lui envoyer des articles. Il invite, d'autre part, ses collègues les médecins inspecteurs du service de protection des Enfants du premier âge, à lui servir d'intermédiaire pour distribuer ce journal dans leurs circonscriptions respectives, aux nourrices en exercice, ainsi qu'aux jeunes femmes et mères de famille de la classe ouvrière parmi lesquelles se recrutent d'ordinaire les nourrices à gage.

Nous souhaitons bonne réussite au *Bulletin des nourrices*. Nous patronnerons en toute occasion et soutiendrons de tout notre pouvoir l'œuvre humanitaire à laquelle se consacre notre confrère, et nous espérons que tous nos amis du Concours médical feront comme nous.

— *Programme de l'examen exigé pour la nomination au grade de médecin-major de 2e classe*. — Loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée.

Loi du 24 juillet 1873 relative à l'organisation de l'armée.

Lois des 16 mars 1882 et 1er juillet 1889 sur l'administration de l'armée.

Loi du 9 mai 1834 sur l'état des officiers.

Décrets des 31 août 1878 et 3 février 1880 portant règlement sur l'état des officiers de réserve et de l'armée territoriale.

Décrets des 29 juin 1878 et 8 juin 1879 sur la composition et le fonctionnement des conseils d'enquête.

Note ministérielle du 21 juillet 1881 sur les conseils d'enquête des officiers de réserve ou de l'armée territoriale.

Décret du 19 décembre 1889 portant règlement sur l'avancement des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale.

Règlement sur le service de santé à l'intérieur, lois, décrets et notices annexés.

Règlement sur le service de santé en campagne, lois, décrets et notices annexés.

Décret du 28 décembre 1883 sur le service dans les places de guerre et les villes de garnison.

Notions sur la composition du personnel et du matériel des formations sanitaires de campagne (service régimentaire, ambulance, hôpitaux de campagne et d'évacuation, trains sanitaires).

Le programme de l'examen, exigé pour la nomination au grade d'aide-major de 2e classe et de médecin auxiliaire, porte sur les mêmes matières, mais on n'exige des candidats que quelques notions sur les divers sujets.

— *Prophylaxie de la tuberculose*. — Sur l'ordre du ministre de la guerre, le directeur du service de santé a adressé aux corps de troupes des instructions pour arrêter la propagation de la tuberculose.

Nous y relevons les recommandations suivantes :

« J'attache la plus grande importance à ce que l'on éloigne immédiatement de l'armée les hommes qui présentent les symptômes de la tuberculose ; cette maladie est si souvent liée à ce qu'on appelle « la faiblesse de constitution » que les médecins experts devront examiner spécialement à ce point de vue tous les jeunes soldats qui leur paraîtront être délicats : ils se garderont bien cependant de baser expressément leurs propositions de réforme et d'ajournement sur l'insuffisance du périmètre thoracique, l'expérience journalière ayant prouvé qu'il n'y avait point de rapport absolu entre le développement de ce périmètre et l'intégrité des organes respiratoires ; ils motiveront exclusivement leurs propositions sur les signes qui révèlent à la fois l'auscultation, la percussion et l'ensemble constitutionnel de l'individu.

» Tout homme présentant des signes certains de « bronchite spécifique » sera proposé immédiatement pour la *réforme ; ceux chez lesquels* on ne constatera que l'imminence morbide de la tuberculose *seront ajournés à trois mois*.

» Ces prescriptions auront pour résultat d'éliminer de l'armée des hommes prédisposés à la phtisie ; elles leur donnent le moyen de se faire soigner et, en même temps, elles éloignent de l'armée des causes d'infection et de propagation.

» D'un autre côté, en évitant la mise en route d'hommes qui seraient réformés au corps, on économise au Trésor des frais relativement considérables.

» Au surplus, cette méthode, partiellement appliquée, a donné des résultats appréciables. Ainsi, en 1867, la phtisie causait 2.23 décès pour 1,000 ; en 1877, elle ne causait plus que 1.45 décès pour 1,000 et en 1887 la proportion tombait à 0,99 décès pour 1,000. On peut espérer que la mortalité deviendra presque nulle. ».

— Nous avions raison de dire que les *Syndicats* consultés par les Préfets, pouvaient délibérer en paix au sujet du *tarif des honoraires médico-légaux*. L'Association générale invite, par circulaire, les sociétés locales à lui faire parvenir un duplicata de la réponse qu'elles doivent comme les Syndicats adresser à l'Administration. En avril l'Assemblée générale de l'Association délibèrera sur le tarif et fondra en une les réponses des diverses sociétés locales. On peut donc discuter la question sans aucune hâte, ce serait la première fois qu'une commission aboutirait en quelques semaines, à moins que, comme il arrive parfois,

elle ne décidât proprio motu, sans attendre l'avis des intéressés. Cette fois-ci le danger n'existe pas, puisque la commission spéciale existe depuis trois ans déjà et n'a pas encore abouti :

TAXE DES EXPERTS.

(Nous publions ce tarif pour fixer les Syndicats dans leurs délibérations).

DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE.	DANS LES AUTRES DÉPARTEMENTS.
Dans le lieu de leur domicile ou à une distance de deux myriamètres.	
Pour les architectes et autres artistes, chaque vacation de 3 h..... 8 fr.	Pour les architectes et autres artistes, chaque vacation de 3 h..... 6 fr.
Au delà de deux myriamètres, frais de voyage et nourriture, soit pour l'aller, soit pour le retour.	
Par chaque myriamètre, 6 fr.	Par myriamètre... 4 fr. 50
Pour frais de séjour, à charge de faire 4 vacations par jour.	
Par jour.......... 32 fr.	Par jour.......... 24 fr.

Il est alloué en plus une vacation pour prestation de serment et une pour dépôt du rapport. Frais de transport en plus, s'ils demeurent à plus de deux myriamètres du siège du Tribunal.

Conférences de la Société de médecine pratique de Paris.

12 février. M. Dujardin-Beaumetz. — Du régime végétarien. Ses applications thérapeutiques. (Conférence publiée dans le précédent numéro).

19 février. M. Motet. — Les poisons psychiques : morphine, cocaïne, chloral, etc.

26 février. M. Blanchard (Raph.). — Méthode graphique. Ses applications à la physiologie et à la médecine (Projections électriques).

5 mars. M. Paul Reynier. — De l'asepsie en chirurgie.

12 mars. M. Saint-Yves Ménard. — De l'acclimatation des animaux et des plantes. Son utilité. Quelques résultats encourageants (Projections).

19 mars. M. Laborde. — Absinthisme et alcoolisme (Projections).

26 mars. M. Cadet de Gassicourt. — Education physique. Premier âge. Enfance. Jeunesse.

2 avril. M. Gariel. — Eclairage électrique.

9 avril. M. Léon Petit. — Les médecins de Molière. La médecine au 17e siècle. La Faculté, Paris et Montpellier. Antimoine et saignée. Médecins, chirurgiens et barbiers. Les médecins attaqués par Molière. Molière aux prises avec les médecins (Projections).

16 avril. M. Bouloumié. — Malades et blessés de nos armées en temps de guerre. Influence du recrutement actuel des armées, des méthodes de guerre, du mode de contact et des nouvelles armes sur les maladies et les blessures. Organisation nouvelle des secours.

Les conférences ont lieu à 8 heures et demie du soir, 28, rue Serpente.

— La Société française de Tempérance contre l'abus des boissons alcooliques a reçu de Mme Lunier une somme de mille francs, destinée à récompenser, sous le titre de : *Prix Lunier*, l'auteur du meilleur travail sur la question suivante :

« Quelles sont les conséquences héréditaires de l'alcoolisme et de l'ivrognerie ?

« Quels sont les moyens à prendre pour empêcher ces conséquences de se produire, ou pour en atténuer les effets ? »

Les candidats devront s'inspirer des travaux de Lunier sur l'alcoolisme. — La Société française de Tempérance ne limite pas le champ des recherches et désire que l'étude des moyens propres à prévenir les conséquences de l'alcoolisme et de l'ivrognerie s'étende aux moyens moraux, sociaux, thérapeutiques, etc.

Par exception, les travaux *imprimés* depuis moins de deux ans, au 1er janvier 1890, sont, au même titre que *les manuscrits*, admis à concourir.

Les manuscrits, portant le nom et l'adresse de leur auteur, les ouvrages imprimés, seront adressés au plus tard le 31 décembre 1890, à M. le Dr Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, 161, rue de Charonne.

S'il y a lieu, le prix sera décerné en 1891.

— A Lyon, un interne des hôpitaux de la ville, M. *Caillet*, vient de succomber dans l'exercice de ses fonctions, atteint de *diphthérie*.

— *Laboratoire d'analyses appliquées à la médecine et à l'hygiène.* — M. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, ancien préparateur du professeur Brouardel, commencera le 24 mars, à 4 heures, *un cours pratique de chimie, microbiologie et microscopie médicales.*

S'inscrire d'avance, de 3 à 4 heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Très nouveau par sa forme, le Dictionnaire pratique des *Premiers secours* à donner en cas d'accidents de M. le Dr A. J. Desvoisins, notre confrère du Concours médical, peut rendre service au praticien. Le traitement, ainsi que la définition des maladies, y est très bien indiqué et au courant de la science actuelle. Ses conseils pratiques à propos des blessures prouvent qu'à côté de l'enseignement classique et de l'expérience acquise dans les hôpitaux il est certaines indications qui ne répondent qu'aux cas difficiles qui se présentent souvent au médecin de province *seul* en face de son blessé et devant aviser au plus vite. Nous recommandons ce livre comme un précieux aide-mémoire. C'est un volume in-18 de 200 pages, portatif. Prix : 2 fr. 50.

Du Coryza chez les enfants du premier âge, couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris, par le Dr E. Boutiron. Prix : 2 fr.

Les Sciences Biologiques en 1889-1890, par Charcot, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Marey, Trélat, etc. Sommaire de la 8e livraison : *Promenades médicales organisées durant l'Exposition.* — *Matière médicale* par *Planchon.* — *Contribution aux survivances superstitieuses,* par le Dr Bérenger-Féraud. Le châtiment des Fétiches chez les Provençaux de nos jours. — Les hypnotiques (suite)... Chaque livraison 1 fr. 25. Nous rappelons qu'il suffit d'envoyer 30 fr. pour être souscripteur à ce magnifique ouvrage richement illustré.

Troisième édition du Traité des excursions photographiques, par Fleury Hermagis. Couverture en deux couleurs de Troispont, 40 gravures originales, 500 pages de texte. Prix : 6 fr.

Principes d'anatomie et de Physiologie, cours professé à l'école normale militaire de Joinville-le-Pont, par le Dr L. Roblot, médecin-major. Un beau volume in-18 de 180 pages avec 65 figures d'anatomie intercalées dans le texte. Prix : 2 fr. 50.

L'Hygiène infantile ancienne et moderne, par Auvard, accoucheur des hôpitaux, nombreuses figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50.

Remise de 20 % pour MM. les membres du Concours médical. Adresser toute demande pour ces livres et autres à M. le Directeur de la Société d'éditions scientifiques (éditeur du Concours médical), 4, rue Antoine-Dubois, 4, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 11 | 15 Mars 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les idées de persécution dans le goître exophthalmique.

On a observé déjà depuis bon nombre d'années des désordres intellectuels dans le goître exophthalmique (le plus souvent accès maniaques, quelquefois état de dépression). M. G. *Ballet* a d'ailleurs insisté à plusieurs reprises sur diverses manifestations nerveuses qui accompagnent cette maladie : l'ophthalmoplégie externe, la polyurie simple et la glycosurie, certaines crises épileptiformes ressortissent directement au goître ; au contraire, les paralysies des membres, les véritables crises épileptiques, divers autres troubles de la sensibilité et de la motricité dépendent de l'hystérie, de la chorée, du mal comitial, névroses associées à la maladie de Basedow ; enfin, on peut encore voir le tabes s'y associer.

M. Ballet vient de présenter à la Société médicale des hôpitaux (1) un malade chez lequel existent, en même temps que les manifestations caractéristiques du goître, des paralysies multiples des nerfs moteurs bulbaires et une hystérie très nette. Or, ce malade est en outre atteint d'une forme particulière du délire de la persécution. Il est d'une méfiance extrême, et, croyant que tout le monde lui en veut, fait d'incessantes pérégrinations. Il a même choisi particulièrement ses persécuteurs et accuse surtout son père, le professeur Debove et M. Ballet lui-même, par lesquels il a été soigné à diverses reprises. Il a même été conduit par ses idées délirantes à une tentative d'homicide sur son père et de suicide.

Chez lui ce sont des hallucinations qui ont été le point de départ des idées de persécution, hallucinations visuelles et auditives, plusieurs fois même olfactives. Les rêves ont contribué aussi à favoriser l'éclosion des idées de persécution, comme cela est fréquent chez les aliénés.

(1) Séance du 28 février.

M. Ballet se demande si les désordres intellectuels de ce malade sont un vrai délire de persécution (psychose systématique chronique progressive), et il élimine cette hypothèse parce que dans le délire vrai on n'observe guère que des hallucinations auditives ; ici les hallucinations visuelles prédominent.

Rien n'autorise à admettre un délire alcoolique ou un autre délire toxique chez ce malade. Ses hallucinations ont bien les caractères des hallucinations hystériques : multiplicité, mobilité, prédominance du côté de la vue, zoopsie (il voit des animaux féroces et colorés). Mais l'hystérie n'est pas seule en cause ; si elle produit fréquemment les hallucinations visuelles, même terrifiantes, elle n'engendre que par exception très rare les idées de persécution. L'hallucination, pour aboutir à l'idée de persécution, a besoin d'un élément secondaire, qui est probablement l'état d'esprit bizarre, fantasque, peu accommodant de tous ou presque tous les exophthalmiques.

En résumé, M. Ballet admet que la maladie de Basedow ne peut à elle seule aboutir à la constitution des idées de persécution (avec leurs conséquences possibles : homicide, suicide), il lui faut le concours de l'hystérie. Celle-ci crée l'hallucination, à l'aide de laquelle le goître exophthalmique réalise les idées de persécution.

Du délire systématisé partiel dans la fièvre typhoïde.

Si le plus habituellement le délire symptomatique au début ou dans le cours de la fièvre typhoïde est généralisé, vague, incohérent, il peut quelquefois revêtir la forme d'un délire systématisé, véritable délire partiel, ainsi que semblent le prouver plusieurs observations recueillies par M. Barrié.

C'est surtout pendant la période d'état qu'il se manifeste, tantôt avec les caractères du délire de persécution, tantôt avec ceux de la folie religieuse.

Il s'est montré principalement chez les femmes; dans deux cas seulement existaient des antécédents nerveux héréditaires.

Ce délire est lié à l'état fébrile, naît et disparaît avec lui, mais n'est nullement proportionné aux élévations thermiques.

Le délire de persécution typhoïde offre le tableau clinique du délire de persécution apyrétique, chronique d'emblée, mais le diagnostic est favorable : 7 fois sur 7 cas, M. Barrié a observé la guérison.

Les difficultés du diagnostic, presque nulles quand le délire de persécution apparaît au cours de la dothiénentérie, sont extrêmes quand il se montre au début ; la confusion est souvent faite avec la méningite aiguë ou tuberculose, ou avec le délire aigu essentiel des aliénistes.

La folie religieuse est d'un pronostic plus grave que le délire de persécution : sur deux cas M. Barrié a vu une guérison et un passage à la démence chronique.

Le vrai médicament de ces délires est l'opium à hautes doses.

MM. *Ballet* et *Séglas* ont critiqué le nom de délire partiel appliqué par M. Barrié à ces faits.

La prédisposition névropathique héréditaire serait la cause principale qui ferait naître chez certains typhiques ces délires spéciaux.

De l'induration des veines périphériques.

M. *Duponchel* (médecin au Val-de-Grâce) a présenté à la Société des hôpitaux un malade chez lequel on constate une induration de certaines veines périphériques qui roulent sous le doigt comme les artères athéromateuses. Cette lésion constitue un état chronique sur lequel viennent se greffer de temps à autre des poussées aiguës. Les veines céphaliques, saphènes, basiliques, brachiales sont le siège de cette lésion qui donne tantôt la sensation d'un cordon dur et résistant, tantôt celle d'un tuyau de pipe.

M. Duponchel a observé, depuis 1881, plusieurs faits analogues dont la connaissance importe aux médecins militaires. Chez certains soldats, l'induration des veines saphènes internes s'accompagne de douleurs des membres inférieurs, s'accentuant par la marche et l'équitation. Les malades chez lesquels M. Duponchel a constaté ces lésions veineuses ne présentaient ni varices, ni hémorrhoïdes, ils n'avaient ni œdème des extrémités, ni réaction générale, même au cours des poussées subaiguës ; une seule fois il y avait de la cyanose des extrémités.

M. Duponchel ne peut admettre qu'il y ait chez ces individus de l'endophlébite, puisqu'il n'y a pas d'obturation du canal veineux ; peut-être est-ce de la périphlébite ou un processus comparable à celui de l'athérome artériel.

Deux fois seulement M. Duponchel a noté l'arthritisme dans les antécédents ; un malade analogue, présenté par M. Bitot, interne des hôpitaux de Bordeaux, à la Société d'anatomie de cette ville, comptait dans son passé la syphilis, l'impaludisme et l'alcoolisme.

Pratiquement il importe au médecin militaire de connaître et de rechercher l'induration chronique des veines chez les hommes qui se plaignent de douleurs vagues inexplicables et qu'on incline à accuser de simulation. Exercices, marches, équitation provoquent des douleurs réelles chez les individus ayant cette lésion veineuse.

M. *Letulle* a observé un cas semblable chez un phthisique.

M. *Hayem* a vu maintes fois l'induration de certaines veines à la fin des cachexies, mais alors sans aucune douleur, et il l'a attribuée à un retrait des vaisseaux par diminution de tension. La lésion est probablement une périphlébite diffuse. Mais il est curieux de la constater chez un homme de bonne santé d'ailleurs, comme le malade de M. Duponchel.

Frottements périhépatiques et abcès du foie.

M. *Bertrand* (de Toulon) a remarqué que, lorsque les grands abcès du foie gagnent par suite de leur développement la surface de l'organe, la périhépatite qu'ils déterminent se manifeste non seulement par une augmentation de la fièvre et de la douleur, mais par l'apparition de gros frottements, perceptibles, dans l'hypochondre droit, à la palpation et à la percussion surtout pendant les grandes inspirations.

C'est au niveau du point le plus douloureux, en général au milieu des septième ou huitième espaces intercostaux, sur la ligne axillaire antérieure, que siègent ces frottements et la douleur la plus vive. C'est en ce point que doit être faite la ponction exploratrice. (Académie de médecine, 4 mars).

Des succédanés en thérapeutique, à propos de l'action comparative des iodures de potassium et de sodium.

M. *Laborde* s'élève contre une opinion assez répandue qui considère comme succédanés thérapeutiques des corps de même famille chimique et de composition analogue. Il rappelle les erreurs des premiers expérimentateurs du bromure de potassium qui, à cause de la parenté chimique de ce corps avec l'iodure de potassium, voulurent l'appliquer aussi au traitement de la syphilis. Les résultats obtenus furent d'autant plus fâcheux que l'on en poussa l'emploi jusqu'aux doses colossales de 25 et 30 grammes. Or M. Laborde, ayant voulu l'expérimenter sur lui-même, se plongea dans un tel état de dépression, par l'usage quotidien de 8 à 10 grammes, que Reyer le crut atteint de paralysie générale au début.

M. Laborde rappelle aussi que Barthez essaya en vain de remplacer le chlorate de potasse par le chlorate de soude, plus soluble ; mais celui-ci à doses triples et même quadruples ne produit pas les mêmes effets, notamment dans les angines pseudo-membraneuses ; car le chlorate de potasse dissout rapidement les fausses membranes in vitro, ce que ne fait pas le chlorate de soude.

La cinchonine et la cinchonidine, voisines chimiquement de la quinine, ont une action convulsivante primitive que n'a pas celle-ci.

Pour les iodures, l'iodure de potassium, suivant MM. G. Sée, Lapique et Laborde, a une action beaucoup plus puissante que l'iodure de sodium au point de vue de l'augmentation de pression intra-vasculaire. Cette augmentation de pression, qui s'accompagne d'une modification de la respiration et d'une vaso-constriction, est le résultat d'une action directe de l'iodure de potassium sur le bulbe et la moelle, action attestée expérimentalement chez les animaux non curarisés par une contracture et une tétanisation généralisée ; ces mêmes phénomènes ne peuvent être obtenus avec des doses triples d'iodure de sodium. M. Laborde en con-

clut qu'il faut toujours recourir à l'expérimentation physiologique avant de conclure à l'analogie d'action thérapeutique entre des médicaments même très voisins au point de vue chimique. Il cite le cas d'un malade atteint d'affection mitrale qui prenait de l'iodure de sodium à doses assez élevées sans aucun bénéfice, et qui éprouva un soulagement immédiat dès qu'on lui eut substitué la même dose d'iodure de potassium.

Cependant nous ferons remarquer que la toxicité des sels de potassium est, d'après les expériences de M. Bouchard, beaucoup plus grande que celle des sels de sodium. Or dans les affections artério-scléreuses, où l'on peut désirer prolonger l'emploi des iodures, maladies dans lesquelles l'élimination rénale est si souvent compromise, il n'est pas permis de ne pas tenir compte de la toxicité du potassium accumulé. Pratiquement enfin, pour les accidents syphilitiques, nous avons le témoignage à coup sûr autorisé de M. Fournier, qui a vu les lésions syphilitiques aussi heureusement amendées par l'iodure de sodium que par celui de potassium.

Salol dans les angines.

M. Ruault a cité le cas d'amygdalites intenses où la suppuration avait paru imminente et avait été écartée par l'usage interne du naphtol. Cette indication de réaliser l'antisepsie intestinale a été reprise par M. *Gouguenheim* qui a relaté au congrès de laryngologie d'heureux résultats obtenus dans les angines à l'aide du salol (salicylate de phénol).

Suivant lui, le salol agit efficacement sur les angines aiguës, quelle qu'en soit la cause. Il calme avec la plus grande rapidité la douleur, la dysphagie, qui sont les symptômes les plus pénibles de ces affections. En calmant la douleur, il peut abréger la durée de l'angine phlegmoneuse suppurée. Il abaisse la température. Il diminue, dans presque tous les cas, la durée des angines. Pour arriver à ces résultats, la dose ne doit pas être inférieure à 4 grammes.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *A la Société de chirurgie.* — II. *Diagnostic et traitement des tumeurs ganglionnaires du cou.* — III. *Traitement du décollement de la rétine.* — IV. *De la mégaloscopie.*

I. A la Société de Chirurgie.

La Société de chirurgie discute en ce moment les indications et les contre-indications du curettage utérin : nous résumerons dans un article prochain les points principaux de cette discussion. Signalons aujourd'hui les communications les plus importantes faites dans les dernières séances :

M. *Lucas-Championnière* pense que dans le traitement chirurgical des *pieds-bots*, il faut agir avec hardiesse pour obtenir d'excellents résultats : il faut pratiquer de grandes destructions osseuses et il n'y a aucun inconvénient à extirper successivement tous les os du tarse, qui gênent la réduction, en ayant soin de conserver la malléole externe. Il faut ensuite faire jouer les os du tarse qui restent les uns sur les autres. On obtient ainsi un pied solide et il n'est plus nécessaire d'avoir recours à des appareils.

La difficulté consiste à choisir le moment opportun pour commencer les mouvements après l'opération. Il vaut mieux commencer de bonne heure à mobiliser le pied.

M. L. Championnière fait marcher ses opérés au bout de six semaines. Deux pansements suffisent ; mais l'opération ne réussit qu'à la condition qu'il n'y ait pas de suppuration. Ces grandes ablations des os du tarse ne font pas courir plus de dangers que la ténotomie. Les suites opératoires sont toujours simples. M. Championnière fait porter à ses opérés une bottine avec des tuteurs latéraux. Il maintient le pied pour empêcher pendant quelque temps les mouvements de latéralité qui donnent naissance à des entorses. — Les courants continus et la faradisation sont des adjuvants utiles.

M. *Kirmisson* a traité avec succès sept pieds bots par la méthode de Phelps qui consiste à sectionner à la face interne du pied les tissus mous, peau, tissu cellulaire, aponévrose, tendons, ligaments, qui, dans certains cas, s'opposent au redressement du pied.

Chez ces jeunes malades, il s'agissait de pieds bots varus équin avec enroulement considérable du bord interne du pied : chez tous la guérison a été obtenue, c'est-à-dire que la forme du pied a été rétablie d'une façon très voisine de l'état normal et que ses fonctions ont été entièrement recouvrées.

Cette opération semble destinée à prendre une place importante entre le redressement manuel et instrumental, aidé au besoin de la ténotomie, d'une part, et les résections osseuses, d'autre part. Ces dernières doivent être réservées pour le pied bot invétéré, que l'on traite dans le cours de l'adolescence et de la seconde enfance ; mais chez les jeunes enfants, jusqu'à l'âge de sept à huit ans par exemple, la section des parties molles par le procédé de Phelps semble devoir mériter la préférence. Elle réussit à rendre au pied sa forme et son fonctionnement normal.

M. *Verneuil* fait un parallèle entre les divers procédés de *colotomies* : lorsqu'on pense qu'un anus artificiel n'est nécessaire que fort peu de temps, le procédé ancien, l'entérotomie de Nélaton est suffisante ; lorsque les accidents commandent une prompte intervention, il faut donner la préférence au procédé de Verneuil qui consiste à créer un éperon en donnant aux deux bouts intestinaux une direction plus ou moins semblable à celle de deux canons de fusil ; dans les cas où il n'est pas urgent de donner immédiatement issue aux matières fécales, il faut choisir la méthode de Maydl, qui consiste à fixer d'abord l'intestin à la paroi abdominale, puis ensuite à inciser l'intestin.

Le *traitement des corps fibreux de l'utérus par l'électricité* est toujours d'actualité : tous nos lecteurs connaissent cette méthode à laquelle M. Apostoli a attaché son nom. MM. *Lucas-Championnière* et *Danion* emploient la même méthode thérapeutique, mais d'une manière un peu différente ; ils ne pénètrent point dans la cavité utérine, ni dans le tissu utérin ; ils mettent un tampon électrique en contact avec le col utérin en ayant soin de renverser les courants. Les intensités dont ils se servent varient entre 80 et 120 milliampères. Dans tous les cas l'application du tampon a été facile et bien supportée. Cette méthode a eu pour résultat de faire disparaître les pesanteurs, les douleurs, les accidents hémorrhagiques et de déterminer une diminution de volume de la tumeur. Ces résultats

ont été souvent appréciables chez les femmes qui ont dépassé 40 à 45 ans. Toutefois, si quelques-unes offrent des dispositions favorables, il en est d'autres qui se montrent rebelles à l'action de cette thérapeutique.

M. *Le Dentu* a observé une variété rare de *fibrome de la paroi abdominale* chez une femme chez laquelle il avait pratiqué l'ovariotomie en 1888. Un an après, une grosseur apparaissait au niveau de la cicatrice et en 1888 on constatait que sur l'un des points de la cicatrice existait une tumeur du volume d'une grosse noix qui adhérait aux parties profondes de la paroi et de la peau. L'extirpation de cette tumeur enkystée fut facile: bien que l'examen histologique n'ait pas eu lieu, M. Le Dentu pense qu'il a eu affaire non point à une chéloïde, mais à un néoplasme de nature nettement fibreuse et à point de départ cicatriciel.

M. *Lagrange* (de Bordeaux) adresse l'observation d'une malade à laquelle il a pratiqué *l'opération d'Alexander* (raccourcissement des ligaments ronds) pour une rétrodéviation de l'utérus qui avait donné lieu à des accidents divers assez prononcés. L'opération a eu lieu en mai 1889. Les suites opératoires ont été bonnes et à partir de l'opération les douleurs ont disparu, ainsi que les autres accidents. Aucun port de pessaire n'a été prescrit. Cinq mois plus tard l'utérus était bien maintenu en antéversion et la guérison persistait.

M. *Terrillon* fait remarquer que la fixation des ligaments aux piliers est parfois inconstante, qu'il est préférable de faire porter un pessaire pendant quelque temps et qu'il faut attendre plusieurs mois pour affirmer la guérison.

Tel n'est point l'avis du Pr *Trélat* qui n'a constaté aucun échec à une époque éloignée de l'opération. D'après lui, c'est généralement dans le premier mois qui suit le raccourcissement que l'insuccès se révèle et il est le plus souvent dû à une rupture des fibres amincies et tiraillées du ligament rond. Pour que l'utérus soit bien relevé et bien appliqué à la paroi abdominale, le Pr Trélat estime qu'il faut que la traction mette à découvert une longueur du ligament de 10 à 12 centimètres.

M. *Bouilly* a remarqué que le succès ou l'insuccès d'une opération d'Alexander dépend en grande partie de l'état du plancher pelvien qui, dans certaines circonstances, joue un rôle important dans la reproduction de la rétroflexion : chez quelques femmes on ne parvient à maintenir la réduction qu'en adjoignant au raccourcissement des ligaments la périnéorraphie ou la colpopérinéorraphie. Lorsque l'indication se présente, il faut donc combiner cette restauration du périnée avec l'opération d'Alexander.

II. — Diagnostic et traitement des tumeurs ganglionnaires du cou.

Notre distingué collaborateur, le Dr *A. Plicque* (1) insiste sur les difficultés extrêmes que peut présenter le diagnostic précis des tumeurs ganglionnaires du cou. Tout d'abord il faut reconnaître le siège exact de la tumeur; dans bien des cas la tumeur ganglionnaire est constituée non par un, mais par plusieurs ganglions; cette forme spéciale, que le palper distingue facilement des bosselures que pourraient offrir d'autres néoplasmes du cou (lipomes, goître, cancer thyroïdien), suffit à établir le diagnostic. Les tumeurs ganglionnaires formées d'une masse conique sont un peu plus embarrassantes: c'est seulement par exclusion et en passant en revue tous les organes de la région que l'on arrive à les distinguer des tumeurs du corps thyroïde, des abcès par congestion, des anévrysmes, des kystes du cou, des fibromes et sarcomes des aponévroses du cou, des contractures musculaires partielles d'origine rhumatismale ou hystérique (Verneuil), des gourmes du sterno-mastoïdien, etc.

Lorsque la tumeur est reconnue de nature ganglionnaire, il s'agit de savoir si elle est bien primitive et isolée; elle pourrait être en effet due à la propagation secondaire d'une tumeur maligne d'un organe voisin : on observe, en effet, des adénopathies du cou secondaires aux cancers du larynx, de l'œsophage, de la langue, du pharynx et surtout aux épithéliomas de l'amygdale. La tumeur ganglionnaire pourrait aussi n'être qu'une lésion accessoire coïncidant soit avec une hypertrophie d'autres ganglions éloignés (adénie de Trousseau), soit avec un état particulier du sang, la leucocythémie. On ne devra donc jamais négliger la palpation des divers ganglions; il faut explorer la rate par la palpation et la percussion; l'examen du sang est nécessaire pour ne point méconnaître la leucocythémie.

Le diagnostic vraiment important est celui de la nature de la tumeur ganglionnaire: il n'est guère facilité par les caractères mêmes de la tumeur. Ce n'est ni dans la forme, ni dans l'aspect, ni dans la consistance, ni dans les troubles fonctionnels qu'on trouve des renseignements utiles. L'évolution de la tumeur a plus d'importance: les tumeurs nettement inflammatoires arrivent vite à leur volume pour rester ensuite stationnaires ou diminuer rapidement, dès qu'on les traite. Les tumeurs tuberculeuses montrent une tendance précoce à la suppuration. Les cancers des ganglions s'accroissent sans suppurer, ne s'ulcèrent que très tardivement et leur ulcération se fait mécaniquement quand le volume est devenu énorme.

Les circonstances étiologiques qui ont accompagné le début de l'engorgement ganglionnaire, doivent être relevées avec soin : au début des adénopathies inflammatoires, on retrouve presque toujours la lésion qui a servi de porte d'entrée à l'irritation lymphatique. Ces lésions sont très variables (croûtes du cuir chevelu, ulcération du nez, stomatites, angines, inflammations d'origine dentaire et en particulier éruption de la dent de sagesse; maladies infectieuses comme scarlatine, oreillons, diphthérie). Parmi les autres notions étiologiques, les antécédents héréditaires et personnels du sujet constituent un élément précieux de diagnostic : une adénopathie développée chez un sujet qui offre des lésions tuberculeuses est à peu près sûrement tuberculeuse. Un tempérament arthritique doit toujours faire redouter une tumeur maligne; l'hérédité cancéreuse offre aussi une probabilité qu'il ne faut pas négliger. Enfin, il ne faut pas oublier que les adénopathies douteuses finissent trop souvent par évoluer vers la tuberculose, sinon vers le cancer.

Lorsque le diagnostic est à peu près complètement établi, quel traitement faut-il instituer dans chacune des variétés d'adénopathie?

1o Dans les adénopathies inflammatoires, la première indication est de supprimer, quand elle existe encore, la cause d'irritation.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 8 février 1890.

Contre l'engorgement ganglionnaire chronique, on a recours aux divers modificateurs hygiéniques et médicamenteux : air pur, iode, huile de foie de morue, etc. Localement, il faut d'abord mettre la tumeur ganglionnaire à l'abri des irritations extérieures, la protéger contre les frottements des vêtements et contre le froid extérieur par une épaisse couche d'ouate. On emploie avec avantage les diverses pommades résolutives à l'iodure de potassium, à la belladone, au mercure, etc. Comme agents de révulsion externe, les badigeonnages iodés semblent préférables aux vésicatoires et aux pointes de feu. Quant aux injections interstitielles dans l'intérieur même du ganglion hypertrophié, on a tour à tour employé la teinture d'iode, l'acide acétique, l'acide phénique, la liqueur de Fowler, le naphtol camphré, etc. ; il faut donner la préférence à la teinture d'iode et à la liqueur de Fowler. Plicque se demande si l'électrolyse pratiquée avec un courant continu très faible (8 à 10 milliampères) passant par des aiguilles fines implantées dans la tumeur n'amènerait pas facilement la résolution.

2° Les adénopathies syphilitiques tertiaires offrent un grand nombre des indications thérapeutiques des adénopathies inflammatoires ; de plus, elles répondent aux indications ordinaires du traitement spécifique : frictions mercurielles, sirop de Gibert et surtout iodure de potassium. L'influence du traitement est ordinairement rapide.

3° Les adénopathies tuberculeuses relèvent encore du traitement médical qui peut suffire seul dans nombre de cas : il constitue toujours un auxiliaire indispensable de l'intervention chirurgicale. Les moyens hygiéniques (vie au grand air, séjour au bord de la mer) y tiennent le premier rang. Comme médicaments, l'huile de foie de morue à fortes doses, l'iode sous forme de vin iodé, d'iodure de fer, le phosphate de chaux sont surtout usités. Les pilules d'iodoforme à la dose de 1 à 10 centigr. par jour, suivant la tolérance, donnent souvent de bons résultats. L'arsenic ne peut être donné qu'à faibles doses et semble peu efficace.

Dans les adénites tuberculeuses suppurées, les indications chirurgicales sont très nettes : la ponction, suivie d'injection avec la glycérine iodoformée, peut donner de bons résultats dans les tumeurs très fluctuantes. L'incision, suivie du curage, convient mieux dans les infiltrations purulentes mal collectées. Le grattage, poussé jusqu'aux parties dures et résistantes, constitue un procédé d'exérèse très puissant et très régulier (Trélat).

Dans les adénites indurées, la conduite à tenir est discutée : théoriquement il y a intérêt à supprimer le foyer infectieux ; pratiquement, l'ablation est loin de mettre toujours à l'abri des généralisations viscérales et des récidives locales.

4° Pour les tumeurs malignes, les indications thérapeutiques sont encore plus difficiles à préciser que dans la tuberculose des ganglions : dans la récente discussion de la Société de chirurgie (1), deux opinions différentes ont été soutenues : l'une concluant au traitement médical (arsenic en injections interstitielles et à l'intérieur, phosphore, phosphure de zinc), l'autre préconisant l'ablation chirurgicale.

Si les indications thérapeutiques sont discutables dans les cas où le diagnostic semble à peu près certain, elles le sont encore bien plus dans les cas où l'on n'est pas fixé sur la nature de la tumeur.

La conduite la plus sage paraît être à priori d'essayer le traitement le plus simple, celui de l'adénopathie inflammatoire ; mais cette conduite a de grands inconvénients. Peut-être vaut-il mieux suivre la règle radicale formulée par Terrier, celle d'enlever, dès le début, toute tumeur ganglionnaire suspecte. Dès qu'une adénopathie se prolonge et surtout s'accroît, dès qu'elle ne cède pas aux moyens les plus simples, il faut opérer sans perdre de temps.

(1) Voir *Concours médical.*

III. — Traitement opératoire du décollement de la rétine.

Parmi les affections oculaires les plus rebelles jusqu'ici aux tentatives multiples de la thérapeutique se placent au premier rang les décollements de la rétine. Le Dr J. Chauvel (1) passe en revue et apprécie les différents traitements plus ou moins récemment préconisés.

Il faut tout d'abord recourir au traitement le plus simple : repos au lit, bandages compressifs, pointes de feu sur la conjonctive et la sclérotique dans la région du mal et dans la partie la plus voisine. Si après quelques semaines aucune amélioration ne s'est produite, si le patient ne répugne pas à l'idée d'une intervention, il faut avoir recours de préférence à l'injection iodée.

L'iridectomie, malgré les statistiques favorables de Dransart et les quelques succès obtenus, paraît difficilement acceptable quand le décollement est un fait accompli, quand la tension oculaire est déjà plus diminuée qu'à l'état normal. D'un autre côté la galvano-puncture, le séton ou la canule à demeure sont des procédés plus irritants pour l'œil qu'une injection iodée convenablement dosée. Enfin la suture au catgut telle que la préconise Galezowski, n'a pas encore à son actif des faits assez nombreux et assez probants pour entraîner la conviction.

L'injection d'une goutte d'une solution au 1/10e ou à 1/5e au plus doit être préférée. Voici la formule du liquide employé par Abadie :

Teinture d'iode........ } Eau distillée.......... }	ãã 5 gr.
Iodure de potassium.	0 gr. 25 centigr.

Cette méthode est sans danger : si une première instillation n'a pas réussi, on la répète en augmentant suivant les résultats obtenus le degré de concentration de la solution.

IV. — De la mégaloscopie.

Pour terminer, signalons un fort intéressant travail du Dr Boisseau du Rocher (2) sur la *mégaloscopie*, c'est-à-dire sur la manière de regarder dans l'estomac, dans la vessie, et de voir une assez large surface de ces organes. L'auteur rappelle que les travaux qui ont permis d'atteindre ce résultat sont bien des travaux français ; l'idée première d'examiner les cavités par la vision directe revient à Nélaton.

Notre confrère donne d'intéressants détails sur la technique de la mégaloscopie, sur les appareils qu'il emploie et qu'il a pour la plupart inventés, et il insiste sur les avantages de cette méthode soit

(1) *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 15 février 1890.

(2) *Ann. des mal. des org. génit. urin.*, février 1890.

pour contrôler un diagnostic, soit pour l'établir dans les cas douteux. M. Boisseau du Rocher a ainsi examiné des vessies hémorrhagiques pour lesquelles le diagnostic tumeur semblait probable, sinon tout à fait certain et une opération à peu près décidée. L'examen endoscopique démontra qu'il ne s'agissait que d'une vessie variqueuse, l'opération fut abandonnée ; les malades soignés en conséquence sont aujourd'hui guéris. Inversement, chez des malades qui ne présentaient que des phénomènes de cystite, l'examen endoscopique montra des tumeurs de trop petit volume pour être trouvées par tout autre procédé d'exploration. Enfin, cette méthode rend possibles certaines opérations, telles que le cathétérisme des uretères, au moins chez la femme, la dilatation des mêmes uretères soit par des moyens mécaniques, soit par l'électrolyse.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indemnité de maladie.

En 1888 nous avons développé, devant l'*Assemblée générale des membres du Concours médical*, nos idées sur l'opportunité de cette œuvre. Nous avons établi qu'en réclamant de ceux des membres qui voudraient en bénéficier, une cotisation supplémentaire de 24 ou de 48 fr., l'Association générale pouvait l'organiser.

M. le Dr *Lasalle*, qui assistait à l'Assemblée, voulut bien se charger d'exposer nos idées à l'*Association de la Gironde*. C'est ce qu'il fit, et en avril 1889, celle-ci formulait le vœu de la création d'une *caisse d'indemnité de maladie*. Nous avions supposé que la Société de la Gironde recherchait la constitution d'une caisse spéciale *en dehors de l'Association générale et simplement patronnée par elle.*

Nous sommes heureux de constater par l'exposé de la proposition girondine que nos confrères Bordelais se rallient à nos idées : l'*indemnité de maladie établie dans et par l'Association générale.*

Leur proposition ne diffère de la nôtre que par des détails de quotité de la cotisation et de durée de la dispensation de l'indemnité.

Nous n'y trouvons pas les calculs positifs sur lesquels repose la proposition développée par nous en septembre 1889 devant l'*Association de l'Oise*, calculs qui prouvent que la cotisation de 48 fr. est suffisante, comme la durée de l'indemnité, dans toutes les occurrences.

Nous y rencontrons, en revanche, de nombreux et excellents arguments en faveur de notre proposition.

Ceci dit, voici le projet de *la Gironde*, que nous reproduisons à peu près en entier.

« L'indemnité de maladie est une expression qui semble si claire et si précise que tout commentaire paraîtrait inutile. Il n'en est rien, car ces mots si simples ont besoin d'une interprétation.

L'indemnité de maladie n'a rien à faire avec la maladie elle-même, car elle n'a pas à calmer les douleurs ou à pallier les souffrances. Elle est destinée uniquement à réparer le préjudice éprouvé par l'incapacité de travail et à atténuer les pertes dues au chômage forcé. La maladie seule ne constitue donc pas un droit à l'indemnité ; mais c'est l'impossibilité d'exercer sa profession qui devient la base de ce droit.

Ainsi expliqués, ces mots *indemnité de maladie* ont un sens parfaitement défini, sens qu'il nous a paru important de bien établir, afin d'éviter plus tard toute discussion à cet égard. Il est donc entendu que par les journées de maladie nous désignerons les journées d'incapacité de travail occasionnée par la maladie.

Quel doit être le rôle de l'Association ? Doit-elle se désintéresser complètement, ou bien faut-il qu'elle intervienne indirectement en traitant avec une Société étrangère, ou directement en s'occupant seule de ce service ?

Confier ce soin à une Société étrangère serait aller contre le but de notre Institution, qui, dès sa fondation, a toujours réclamé pour elle la mission d'assurer le bien moral et matériel de ses membres. Ce serait renoncer à la meilleure part de nos devoirs, le soin de nos confrères ; ce serait enfin nous déjuger à quelques jours de distance.

L'Association seule doit donc pourvoir à ce service ; mais l'Association se compose de l'Association générale et des Sociétés locales. C'est à ces dernières qu'il faut confier ce soin. Placées en quelque sorte auprès du malade, elles pourront très facilement contrôler l'existence de la maladie et sa durée et acquitter rapidement les indemnités dues. L'honorable secrétaire général de l'Association, M. Riant, est de cet avis : « Une Société locale, dit-il, est mieux placée pour reconnaître la légitimité des indemnités réclamées et en déterminer le taux, variable suivant les localités ou les situations ; pour surveiller le fonctionnement de l'assistance donnée, elle connaît ses malades, elle les a plus sous la main ; le lien confraternel est fortifié par des relations plus fréquentes. » Cependant, l'Association générale ne peut complètement se désintéresser, car d'après l'article 7 des Statuts : *Elle prépare, fonde et administre les établissements d'assistance de toute nature qui rentrent dans le but de l'Association.*

Étant donné le principe de l'intervention des Sociétés locales, l'indemnité de maladie va devenir une cause obligatoire de dépense. Il s'agit de rechercher les ressources destinées à y faire face.

En général, les Sociétés de bienfaisance ont à payer annuellement pour les maladies aiguës une indemnité annuelle qui est égale à cinq journées par membre.

Ce chiffre de cinq jours est le résultat de plusieurs statistiques officielles et notre département ne fait pas exception. En compulsant les comptes rendus de deux années de Sociétés de secours mutuels de la Gironde, j'ai trouvé que 152,304 journées de maladie avaient été payées par des Sociétés exclusivement composées d'hommes et ayant 30,162 sociétaires, ce qui fait une moyenne de 4,97 journées de maladie par personne, soit en nombre rond cinq jours de maladies aiguës, ces Sociétés n'accordant pas d'indemnité pour les maladies chroniques. Si l'on fixe à 10 francs l'indemnité quotidienne, la dépense annuelle et probable sera donc de 50 fois autant de francs qu'il y aura de sociétaires.

Voilà pour la dépense à faire. Passons maintenant à l'examen de nos ressources.

A la dernière Assemblée générale, M. Riant disait : « Pour cette forme de collaboration, il n'est pas besoin de surfaire les ressources dont

l'Association a réellement la possession ou la libre disposition. »

Ce langage est celui de la prudence. Malgré une cotisation bien faible, nous sommes arrivés à accumuler de grandes richesses ; mais cette fortune est-elle une source intarissable où l'on pourra puiser à pleines mains ? Faut-il en exagérer l'importance et la surfaire, comme dit M. Riant ?

Pour répondre à cette question, recherchons ce que peuvent faire les Sociétés locales avec leurs ressources ordinaires. Prenons les chiffres de leur gestion dans le dernier *Annuaire*, celui de 1889. Ne mentionnons, parmi les Sociétés ayant plus de cent membres, que celles qui ont eu en 1888 un excédent de recettes. Voici le résultat de ces recherches disposé sous forme de tableau :

SOCIÉTÉS	EXCÉDENT DES RECETTES.	NOMBRE DES MEMBRES.	NOMBRE DE JOURNÉES de maladie à 5 par membre	INDEMNITÉ DE JOURNÉE qui aurait pu être payée pr l'excédent	SOMMES A PAYER à raison de 10 fr. par jour.
Allier	612	120	600	1	6.000
Aveyron	113	101	505	»	5.050
Calvados	118	101	505	»	5.050
Côte-d'Or.....	318	122	610	»	6.100
Gironde......	1.019	358	1.790	»	17.900
Isère.........	20	108	540	»	5.400
Loire..........	690	125	625	1	6.250
Maine-et-Loire	708	135	675	1	6.750
Meurthe - et - Moselle.....	256	132	660	»	6.600
Pas-de-Calais.	1.984	133	665	2	6.650
Rhône	1.914	250	1.250	»	12.500
Saône-et-Loire	258	120	600	»	6.000
Seine	3.022	853	4.265	»	42.650
Seine-Inférre..	2.311	195	975	2	9.750
Toulon.......	3.375	105	525	6	5.250

On voit par ces chiffres qu'après avoir payé ses dépenses ordinaires, aucune de ces Sociétés n'aurait eu assez d'excédent pour solder des indemnités de maladie. La Société de Toulon aurait pu accorder 6 francs par jour, les Sociétés du Pas-de-Calais et de la Seine-Inférieure, 2 francs ; celles de l'Allier, de la Loire et de Maine-et-Loire, 1 franc et les autres quelques centimes seulement.

Les Sociétés locales ne sont donc pas en mesure de pourvoir à ce service à l'aide de leur excédent de recettes.

Mais, dira-t-on, il y a la réserve, le capital consolidé, qu'il faut affecter à cette dépense et qui peut être utilisé à cet effet. A cette proposition, la réponse est facile. Dans deux ou trois ans, presque toutes les caisses de l'Association seraient vides.

Prenons deux exemples pour le démontrer.

La caisse de la Société centrale, qui est la plus riche, possédait au 1er janvier 1889 864 membres et une réserve disponible de 61,142 francs. A 10 francs par jour, à 5 journées de maladie par membre, Paris aurait bien pu payer pendant la première année 43,200 francs. Ce qui lui serait resté ne lui aurait pas permis d'assurer le service pendant l'année suivante.

Au 1er janvier 1890, notre Société comptait 348 membres et un capital d'environ 38,000 francs. A 5 journées de maladies par membre et à 10 francs d'indemnité quotidienne, la dépense serait de 17,400 francs pour la première année. La seconde année, le capital réduit à 20,600 francs aurait encore à payer 17,400 francs, et pour faire face à la même dépense, pendant la troisième année il ne resterait plus que 3,200 francs. Le déficit serait alors de 14,200 francs.

Ainsi, avant la fin de la troisième année, la réserve de la Société centrale et la nôtre auraient été complètement absorbées. Beaucoup d'autres Sociétés auraient eu le même sort. Quelques-unes auraient pu faire face à une partie de la dépense pendant la troisième ou la quatrième année ; mais, dans un temps peu éloigné, leurs réserves auraient été complètement épuisées.

Ces exemples que nous avons cités et que nous aurions pu multiplier nous démontrent que les Sociétés qui voudraient toucher à leur réserve marcheraient vers une ruine certaine et très prochaine. Celles qui n'affecteraient que l'excédent de leurs recettes ne pourraient distribuer que des sommes dérisoires, toujours insuffisantes, variant d'une année à l'autre et souvent égales à zéro.

Il n'y a donc pas d'illusion à se faire sur les ressources ordinaires et sur les capitaux de l'Association. A l'aide de ses recettes ou de sa réserve, aucune Société n'est en mesure d'assurer un service régulier et permanent d'indemnité de maladie.

A l'idée d'une cotisation supplémentaire, réservant certains droits à ceux qui la verseront, on nous a objecté que nous allions créer une Société dans la Société. L'objection serait grave si notre proposition constituait une de ces nouveautés qui sont le germe des discordes, qui amènent les désunions et préparent les scissions. Il n'en est rien. Nous n'innovons pas. Nous ne sommes que des copistes, de simples imitateurs de ce qui se passe ailleurs.

En Angleterre, pays très pratique, les Sociétés de secours mutuels sont considérées comme des compagnies d'assurance en coopération. Vous assurez votre immeuble contre l'incendie, vous payez uue prime ; votre mobilier, une autre prime ; le recours des voisins, le risque locatif, etc., autant de primes. Il en est de même pour la santé. Soins médicaux, indemnité de maladie, pension viagère, etc., sont autant de risques qu'il faut assurer par des recettes spéciales.

En Italie, d'après une loi récente, les Sociétés de secours mutuels sont libres, mais le Gouvernement conseille l'adoption du système anglais. Dans une circulaire du 18 avril 1888, le Ministre, commentant la nouvelle loi et donnant des instructions aux préfets, s'exprime ainsi : « C'est une régle utile et recommandable d'avoir un fonds spécial pour chaque risque et d'exiger pour chacun d'eux une cotisation proportionnelle. »

En Belgique, la Société des voyageurs de commerce paie à ses adhérents une indemnité en cas d'accident en chemin de fer, voiture ou vapeur, mais les sociétaires doivent payer une cotisation supplémentaire, s'ils veulent avoir les soins médicaux et pharmaceutiques pendant la maladie due au traumatisme.

A Paris, la Société des Vrais Amis a aussi une double cotisation : l'une pour la caisse de secours et l'autre pour la caisse de retraites. La premiére est obligatoire et la seconde facultative.

Dans le département de la Côte-d'Or, à Beaune, il y a une Société qui, pour ses membres, fonctionne comme toutes les Sociétés de secours mutuels ; mais elle offre un exemple particulier et original de la cotisation supplémentaire. En payant cette cotisation supplémentaire, les sociétaires assurent leurs animaux en cas d'épizootie.

Sans aller si loin, nous avons à Bordeaux une Société qui pratique le système anglais, c'est la Société des familles. Cette Société possède à Caudéran un immeuble où tous les sociétaires ont le droit d'aller se promener quand ils veulent. Ceux qui paient une cotisation supplémentaire ont seuls le droit d'y loger pendant leur convalescence.

Par ces exemples, vous voyez que nous ne sommes pas des novateurs, et par ces exemples aussi vous voyez que le système anglais n'est pas une cause de désunion.

Toutes ces Sociétés fonctionnent en faisant marcher de front l'inégalité des cotisations et l'inégalité des droits et elles vivent dans la plus parfaite union. Ce que des législateurs ont conseillé, ce que des ouvriers ont fait, le Corps médical peut le faire et le bien faire sans porter atteinte à son union.

La cotisation supplémentaire n'est donc pas une innovation dans les Sociétés de bienfaisance. Pour nous, c'est une nécessité qui s'impose. Elle a sa raison d'être dans l'état de nos finances et elle est justifiée par la logique la plus élémentaire. Ne s'imposant à personne, librement consentie, volontairement acceptée, elle est destinée à créer de nouvelles ressources pour faire face à de nouvelles dépenses. Elle deviendra la base d'une organisation spéciale dont elle fournira seule les éléments qui en assureront le succès et le bon fonctionnement.

Les Sociétés locales devant se charger d'organiser le service d'indemnité de maladie, quelles règles générales faut-il adopter ?

Des études ont été faites sur la question, des Sociétés particulières ont été fondées en France et en Angleterre. En France nous avons le système Lagoguey, qui est la base de l'*Association médicale mutuelle du département de la Seine*, système qui a été adopté avec quelques modifications par la Société locale de la Haute-Garonne, puis le système admis par le *Syndicat médical professionnel des vallées de l'Aisne et de la Vesle* et enfin l'*Assurance-maladies*, *Compagnie anonyme d'assurance à primes fixes contre les maladies et les accidents corporels*, et dirigée par M. le Dr Cottard.

On trouve dans les règlements de toutes ces Sociétés des vues excellentes, de sages précautions et de prudentes réserves qui pourront être mises à profit. Aucun de ces systèmes ne nous paraît devoir être adopté, car aucun d'eux ne donne à l'Association la place qui lui convient, c'est-à-dire la principale part.

Par son organisation et son fonctionnement, l'*Assurance-maladies*, qui s'adresse à tous indistinctement, rentre dans la catégorie des compagnies ordinaires d'assurance. Elle ne traite qu'avec les individus isolément et pour une durée déterminée. Ses primes sont élevées à cause des dividendes à distribuer aux actionnaires et des remises à faire aux agents.

Le système Lagoguey laisse l'Association complètement en dehors de son organisation. La Société locale de la Haute-Garonne a comblé cette lacune en décidant que ses membres auraient seuls le droit de participer à son système de secours en cas de maladie. C'est un progrès ; mais pourquoi faire de l'Association le vestibule du temple ? Nous pensons que l'Association mérite mieux. Elle ne doit pas jouer le rôle de marche-pied, elle ne doit pas être seulement le vestibule du temple, mais le temple lui-même. Si l'Association doit intervenir, ce n'est pas pour jouer un rôle passif et accessoire, c'est, à notre avis, pour avoir le principal rôle, le seul qui lui convienne dans cette circonstance.

En plaçant ce service dans les attributions de l'Association, l'organisation n'offre aucune difficulté. On peut même dire qu'elle est toute faite, car il suffit d'en confier la gestion au Bureau et au Conseil d'Administration de chaque Société locale. Nous ne dirons pas que ces dignitaires présentent toutes sortes de garantie et d'honorabilité, car ce serait faire injure à ceux qui ont été choisis et à ceux qui les ont élus, mais nous dirons que par leurs relations et par leur position, ils sont bien placés pour avoir tous les renseignements utiles, apprécier les demandes, en contrôler la valeur et accélérer l'expédition des sommes aux ayants droit.

Dans les Sociétés ayant beaucoup de membres et beaucoup d'adhérents à l'indemnité de maladie, la comptabilité de deux caisses pourrait exiger beaucoup de temps. Il sera donc prudent de songer à la nomination d'un Trésorier adjoint, exclusivement chargé de la nouvelle caisse. Cette seconde caisse, dont les attributions sont déterminées, aura ses droits d'entrée, ses dons, ses cotisations et ses dépenses. Elle sera gérée, comme la première, sous la direction et le contrôle du Bureau.

Chacune de ces caisses des Sociétés locales devrait être reliée à une caisse centrale et spéciale, dirigée par l'Association générale. Cette caisse, alimentée par les dons et par les versements des caisses locales, établirait un lien d'union entre toutes les Sociétés. Elle viendrait en aide aux caisses locales dans les conditions à réglementer. Ainsi, par exemple, il peut arriver qu'une épidémie survenant dans un département, mette passagèrement la caisse locale dans l'embarras. Dans ce cas, l'appoint fourni par la caisse centrale permet à la Société locale de parer aux difficultés du moment. Par cette caisse centrale, les Sociétés locales ne sont pas isolées, elles restent toujours réunies par un lien commun.

Après avoir examiné l'ensemble de la question et assigné à l'Association la place qui lui convient, il nous reste à entrer dans quelques détails d'organisation, nous pouvons dire dans le vif de la question, dans le rôle essentiellement financier. Nous allons nous trouver en présence de la réalité des chiffres, réalité où le sentiment n'a plus de place.

En compulsant les divers règlements qui ont été publiés, en les examinant avec attention, en essayant de les adapter autant que possible aux règles de la bonne confraternité, nous n'avons pu cependant remédier à la stérilité des chiffres. Nous avons dû nous résigner aux exigences nécessaires pour assurer convenablement un service permanent et durable. Du reste, il ne faut pas l'oublier, il s'agit ici d'une assurance et toute assurance exige des précautions à prendre, une sur-

veillance à établir, un contrôle à exercer. Qu'on apporte tous les adoucissements possibles, nous n'y contredirons pas ; mais le principe reste toujours le même et le succès consiste à ne pas s'en départir.

Dans toutes les Sociétés de secours mutuels, malgré l'appoint fourni par les membres honoraires et les amendes, l'écueil des finances, c'est la maladie. Il est vrai de dire que ces Sociétés ont à pourvoir non seulement à l'indemnité de maladie, mais aussi aux soins médicaux et pharmaceutiques et aux frais funéraires. Ces dépenses, notre nouvelle caisse n'aura pas à les supporter, car si elles étaient nécessaires, elles seraient couvertes par l'Association, ainsi que cela a été fait plus d'une fois.

C'est pour sauvegarder leurs finances que les Sociétés ont pris toutes sortes de précautions contre la maladie. Elles ont fixé un âge maximum pour être admis, car elles savent que, si la vieillesse n'est pas une maladie, elle en est la préface. Elles s'assurent de la santé du candidat pour éviter l'admission d'un infirme ; elles fixent un stage, une durée de temps, pendant lequel le membre nouvellement élu n'aura droit à aucun secours ; elles ne tiennent pas compte des maladies passagères, fugaces, des indispositions qui pourraient être un moyen déguisé de remplacer le travail qui fait défaut. Elles limitent la durée des secours à trois mois, six mois, un an. Elles excluent certaines maladies de tout droit à l'indemnité; enfin, par prudence, elles se réservent la faculté de suspendre tout ou partie des allocations, si la nécessité l'exige.

Toutes ces précautions dictées par l'expérience et conseilléos dans tous les traités à l'usage des organisateurs de Sociétés de secours mutuels, sont en partie reproduites, atténuées ou légèrement modifiées dans les règlements qui ont été faits à l'usage du Corps médical.

L'article 7, adopté par la Société de la Haute-Garonne, est ainsi conçu : « La limite d'âge pour l'admission des membres participants est fixée à cinquante-cinq ans. Lorsque le nombre de deux cents aura été atteint, cette limite pourra être abaissée à quarante-cinq ans. »

Cet article fixant la limite maximum de l'âge des candidats peut être accepté sans difficulté.

Les candidats devront faire partie de l'Association et être domiciliés dans le ressort de la Société locale, afin de faciliter tout contrôle sur l'existence de leur incapacité de travail. Leur état sanitaire sera constaté par une Commission de trois membres désignés *ad hoc* par le Bureau.

Le droit à l'indemnité ne commence que six mois après l'admission. Il n'est pas dû pour une maladie dont la durée n'excède pas cinq jours.

L'indemnité ne commence à courir que du jour où elle a été signalée au Bureau par le malade ou par le médecin traitant, qui devra délivrer un certificat tous les huit jours. Le bureau aura toujours le droit de faire procéder à un examen d'office, s'il le juge convenable.

A propos de ces certificats, il est inutile de rappeler qu'ils ne doivent pas être des actes de complaisance, mais bien des affirmations sincères.

La cotisation ne peut être inférieure à soixante francs par an, payables par mois aux frais des adhérents, afin d'éviter des frais de recouvrement.

Avec une cotisation annuelle minimum de soixante francs, quelle peut être l'indemnité journalière attribuée pour cause de maladie ?

La règle générale adoptée par toutes les Sociétés est que l'indemnité quotidienne est égale à la cotisation mensuelle.

Une indemnité de cinq francs par jour étant très minime et généralement insuffisante, ne faudrait-il pas porter le taux à dix francs et admettre que, pendant le premier trimestre, l'indemnité sera de dix francs par jour et que, passé ce temps, elle sera réduite à cinq francs pour toute la durée de la maladie ? Ou bien suivre la règle générale, fixer l'indemnité à 5 fr. et donner à ceux qui voudraient une somme double ou triple, la facilité de payer une cotisation double ou triple ? C'est au moment de la rédaction du règlement définitif que cette question pourra être étudiée.

Quant à la durée de l'indemnité, il est prudent d'établir en principe une limite, car les maladies chroniques sont une charge que les caisses ne pourront supporter qu'après avoir fonctionné un certain temps et qu'après avoir établi une forte réserve.

Par l'histoire de notre Société et par les malheurs qui ont atteint plusieurs de nos collègues âgés de moins de cinquante ans, on peut voir que la limite de la durée de l'indemnité est une nécessité qui s'impose.

Voici les faits que nous pouvons citer :

A... cesse de voir des malades dès les premiers jours de 1878 et meurt le 27 février 1882. Durée de la maladie, cinq ans.

B..., atteint par la maladie le 24 octobre 1879, est encore dans l'impossibilité d'exercer la médecine. Durée de la maladie jusqu'à fin décembre 1889, dix ans deux mois.

C..., admis dans un asile le 16 décembre 1881, succombe en mars 1884. Durée de la maladie, deux ans trois mois.

D..., admis dans un asile le 20 décembre 1881, succombe en décembre 1884. Durée de la maladie, trois ans.

E..., admis dans un asile le 21 mai 1884, y est encore. Durée de la maladie jusqu'à fin décembre 1889, cinq ans sept mois.

F..., admis dans un asile le 15 mai 1886, meurt en novembre 1887. Durée de la maladie, dix-huit mois.

G..., admis dans un asile en août 1886, meurt en septembre 1888. Durée de la maladie, vingt-cinq mois.

H..., atteint le 1er juillet 1887, meurt en novembre 1889. Durée de la maladie, vingt-huit mois.

I... est dans l'impossibilité d'exercer la médecine en août 1887 et meurt en juillet 1889. Durée de la maladie, vingt-trois mois.

Ainsi, en 1889, pour le service des indemnités des confrères B., E..., H... et I..., la caisse aurait eu à payer, à raison de 5 francs par jour, la somme suivante :

B..	365	jours à 5 francs....Fr.	1.825
E..	365	» »	1.824
H..	215	» »	1.560
I..	185	» »	925
	1.227	jours à 5 francs....Fr.	6.135

Au point de vue confraternel et même humanitaire, il est pénible d'avoir à limiter la durée des paiements ; car c'est au moment où le confrère infirme aura le plus besoin d'assistance que la

caisse lui sera fermée. Mais, si après une certaine durée de la maladie un de nos confrères perd ses droits à l'indemnité, il ne sera pas laissé pour cela sans assistance, car si l'une des caisses est fermée, il en est une autre qui lui sera toujours ouverte, c'est celle de l'Association. De plus, la caisse d'indemnité de maladies devra être gérée de façon à constituer chaque année une réserve pour établir ce qu'on a désigné sous le nom de *pension d'un malade chronique*. Mais il faut du temps pour arriver à ce résultat.

En attendant que cette réserve et que cette pension aient pu être établies, il faut songer à limiter la durée de l'indemnité.

Pour limiter cette durée, deux modes sont employés, l'un facultatif et l'autre réglementaire. Dans le premier cas, la durée est laissée à l'appréciation du Bureau, qui prend en considération l'état de la caisse et la situation du malade. Dans le second cas, les paiements cessent de plein droit quand le temps fixé par les règlements est atteint.

Ces deux modes ont leurs avantages et leurs inconvénients. Pour le malade, le premier est préférable ; mais pour la caisse et pour le service de tous, c'est le second qui l'emporte. Le premier livre les membres du Bureau à des critiques qui pourront être plus ou moins passionnées. A certains moments, ils seront peut-être exposés à être blâmés et à être accusés d'être trop complaisants ou trop sévères, trop faciles, trop coulants ou pas assez économes et trop peu prévoyants.

Le second mode est une barrière qui arrête toute discussion. Il met les membres du Bureau et les malades dans des conditions nettement définies et bien déterminées. Une simple date suffit pour trancher la question. On pourrait donc limiter l'indemnité à six mois, le premier trimestre serait réglé à dix francs par jour et le second à cinq francs, en attendant que la caisse ait constitué une réserve suffisante pour établir ce que l'on a désigné sous le nom de *pension d'un malade chronique*.

Telles sont les considérations générales que votre Commission a cru devoir vous présenter. Elle n'a pas eu la prétention de rédiger un règlement, mais seulement d'établir les grandes lignes qui devront présider à la rédaction des Statuts.

Toutes les Sociétés locales ont été invitées à donner leur opinion. De l'ensemble des réponses qui seront faites et des avis qui seront transmis, il sera facile à la nouvelle Commission d'établir en détail un réglement qui prévoie tous les cas et donne satisfaction à tous les intérêts.

L'Association des Médecins de la Gironde, convaincue que l'assurance contre la maladie est l'une des institutions prévues par l'article 7 des Statuts de l'Association générale, ainsi conçu : *Elle prépare, fonde et administre les établissements d'assistance de toute nature qui rentrent dans le but de son institution*, est d'avis que l'Association des Médecins de France doit encourager la formation, dans chaque Société locale, d'une caisse d'assurance contre la maladie et la prendre sous son patronage.

Le meilleur mode d'organisation de cette caisse et de son rattachement à l'Association générale lui paraît être le suivant :

1° Obligation pour les adhérents d'appartenir à l'Association ;

2° La caisse *pour indemnité de maladie entraînant incapacité de travail*, instituée auprès de chaque Société locale et administrée par le Conseil administratif de cette Société, sera alimentée par une cotisation spéciale des adhérents ;

3° Une part de cette cotisation sera versée à la *Caisse centrale d'assurances contre la maladie*, gérée et administrée par le Conseil général de l'Association des Médecins de France ;

4° Chaque Société locale établira le règlement de sa *caisse pour indemnité de maladie*, en se conformant néanmoins aux prescriptions des Statuts généraux dressés par les soins du Conseil général et approuvés par l'Assemblée des Présidents et Délégués de toutes les Sociétés ;

5° La caisse d'assurance pour indemnité de maladie sera complètement distincte de la caisse de la Société locale et, de même, la *Caisse centrale d'assurances contre la maladie* sera distincte de la Caisse générale de l'Association des Médecins de France et de la Caisse des pensions viagères d'assistance. »

Dr Sous.

Les médecins inspecteurs des enfants du premier âge en Seine-et-Oise.

M. le docteur Sellier, inspecteur de l'Assistance publique du département de Seine-et-Oise, dans son rapport adressé à M. le préfet, sur la surveillance des enfants du premier âge, avait conclu, en disant qu'il lui paraissait équitable de porter de 12 à 18 francs l'émolument du médecin inspecteur pour la première année.

Ce vœu a été repoussé par le Conseil général, se basant sur ce que le rapport de M. l'inspecteur ne contient aucune plainte sérieusement justifiée de la part des médecins inspecteurs.

Il est nécessaire que dans les rapports que les médecins inspecteurs sont appelés à envoyer au commencement de l'année, ils insistent sur la nécessité et la justice de cette augmentation si modeste, en faisant ressortir que seuls ils assurent le bon fonctionnement de la loi de décembre 1874, et que, bien que l'on puisse compter, comme on le fait toujours, sur le dévouement et le désintéressement des médecins, l'abnégation a aussi ses bornes.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

De la prestation de serment dans les expertises médico-légales.

(2e ARTICLE).

Je relisais dernièrement une leçon d'ouverture de son cours de mon ami le Dr Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon.

Cette leçon est intitulée: Les expertises médico-légales — le nouveau code d'instruction criminelle. Sujet bien à l'ordre du jour.

Je ne saurais trop engager tous mes confrères

à lire et à méditer cette leçon traitée avec une ampleur magistrale (1).

Notre confrère ne se dissimule pas que les expertises n'ont rien d'agréable pour le médecin, mais que dans le lieu d'habitation du médecin, elles causent moins d'ennui que les transports qu'il définit très justement : des voyages par ordre de justice aussi pénibles que peu fructueux.

Mais mon attention fut tout de suite attirée par les lignes suivantes : *La réquisition acceptée, le médecin non assermenté prête serment pour les expertises délictueuses ou criminelles.*

Il y a donc des médecins assermentés ? Pourtant, différents magistrats auxquels je proposais de prêter serment, une fois pour toutes, m'ont affirmé que la loi ne reconnaissait pas de médecin attitré et qu'à chaque nouvelle affaire, il fallait un nouveau serment.

J'étais perplexe.

Alors je résolus de demander une consultation au professeur Lacassagne qui me répondit la lettre suivante :

Mon cher ami, « les médecins ordinaires des parquets sont les médecins assermentés. *Ils sont censés prêter serment au début de chaque exercice, mais c'est là une formalité qui n'est même pas appliquée. Je n'ai pas prêté serment depuis huit ou neuf ans, dix ans peut-être.* Ce sont toutes ces formalités, qui énervent, fatiguent et rendent impossible l'exercice de la médecine légale ».

J'étais renseigné !

Toutes ces subtilités, toutes ces formalités se résumaient dans l'axiome de Brid'oison :

La fo-o-orme, mon ami, la fo-o-orme !

Il est temps, je crois, d'en finir avec toutes ces formes.

Aussitôt sa thèse passée, comme je le disais dernièrement, que le médecin prête serment comme expert une fois pour toutes et qu'en tête de son rapport il mentionne cette prestation de serment ; cela suffirait bien.

Il y aurait encore bien mieux.

Nous mettons toujours, au bas de nos rapports: Le présent rapport est certifié conforme à la vérité et aux principes de l'art.

Nos rapports ne sont donc, en somme, que des certificats.

Eh bien ! la législation sur les certificats médicaux ne pourrait-elle pas suffire à donner toute garantie aux magistrats sur les médecins qu'ils appellent à être l'auxiliaire de la justice — et j'ai l'honneur d'être souvent appelé.

Quelle est donc cette législation ?

— Les faux certificats peuvent se classer sous trois chefs différents, d'après leurs conséquences judiciaires.

A. *Certificats de complaisance.* Le fait établi peut être utile à l'individu. Il n'y a poursuite ni punition du médecin, mais celui-ci y perd toute considération.

B. *Certificats pour dispenser d'un service public* : Service militaire, juré, témoin, fonction de tuteur. Le médecin peut alors être atteint par l'art. 160 du code pénal modifié par la loi du 13 mai 1863 qui punit d'un an à 4 ans de prison et par l'article 164 qui punit d'une amende de 100 à 3,000 francs, sans compter la privation des droits civiques.

C. *Faux certificats pour détourner de la trace d'un crime.* — Alors travaux forcés à temps, c'est-à-dire la peine que l'on aurait encouru si l'on avait commis le crime. On voit que la justice est suffisamment armée.

L'honneur du corps médical est d'avoir toujours présentes à la mémoire les règles si judicieuses de Fodéré : « Le médecin ne doit avoir ni complaisance, ni concession coupable, ni crainte de l'autorité, ni sévérité inspirée par la peur. »

Que si, par hasard, il se rencontre un criminel, les lois existantes sur les certificats suffisent amplement à la défense de la Société.

On pourrait conserver simplement le serment pour la solennité de l'audience.

La fo-o-orme, mes amis, la fo-o-orme !

***

Je recommande à tous les syndicats, le vœu suivant que je trouve formulé encore par Lacassagne (1) :

« Puisque nous en sommes à former des vœux, disons que si, pendant les expertises ou transports judiciaires, le médecin rencontre des difficultés de tout ordre, il devrait, pendant tout le temps de sa mission, être comme un fonctionnaire public protégé par l'article 230 du code pénal. Il faudrait encore que l'expert bénéficiât des avantages que la loi accorde aux militaires de tout grade qui contractent une blessure ou une infirmité dans un service commandé. Supposez que, dans un transport, il y ait un accident, que la voiture verse ; le magistrat et l'expert ont des fractures ; le premier, pendant sa maladie, touchera ses appointements, il sera même retraité si c'est nécessaire ; mais que fera-t-on pour l'expert ? Si celui-ci, pendant une exhumation à une piqûre anatomique, qu'une amputation s'impose, le dédommagera-t-on ? S'il meurt, s'occupera-t-on de la veuve et des enfants ? »

Il est évident que nous devrions être considérés comme des militaires recevant des blessures ou la mort dans ou à l'occasion d'un service commandé.

Dr H. Lécuyer (Beaurieux).

(1) In *Revue scientifique*, 1885.

(1) *Loc. cit.*

REPORTAGE MÉDICAL

Nous appelons l'attention des syndicats sur le jugement suivant :

Intérêts professionnels.— Jugement du tribunal civil de la Seine sur les syndicats professionnels. — La 9e Chambre du Tribunal de la Seine a rendu avant-hier lundi, sous la présidence de M. Toutée, un jugement des plus intéressants en matière de syndicats professionnels.

On sait qu'une loi de 1884 a autorisé les membres d'une même profession, ou les personnes ayant des intérêts communs à défendre, à se constituer en syndicats professionnels.

Cette loi eût rendu les plus grands services si la magistrature n'en avait paralysé l'action par

une interprétation rétrograde, en posant en principe, d'après certaines ambiguïtés de texte, que la loi sur les syndicats ne s'appliquait pas aux professions libérales, mais seulement aux ouvriers agricoles ou industriels.

C'est en vertu de cette jurisprudence étroite, sanctionnée par la Cour de Cassation, que les médecins se sont vu refuser le droit de se constituer en syndicat pour défendre leurs plus légitimes intérêts, et, notamment, poursuivre les charlatans et rebouteurs.

Contrairement à cette jurisprudence, invoquée par M. le substitut Sauvajol, la 9e chambre du tribunal de la Seine a renvoyé des fins d'une poursuite pour infraction à la loi de 1884, un M. Constant-Cadot, professeur de musique, président du syndicat des professeurs libres, dont le jugement reconnaît la légalité.

Il résulte de cet arrêt que la loi de 1884 sur les syndicats professionnels comprend par la généralité de son texte toutes les professions.

On se rappelle, du reste, que dans une circulaire récente adressée aux procureurs généraux, M. le garde des sceaux les invitait à provoquer l'avis des associations médicales et des *syndicats médicaux* sur la question du tarif des expertises médico-légales.

— M. le Dr Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours à l'Ecole pratique le mercredi 19 mars, à 5 heures, et le continuera les samedis et mercredis suivants. L'objet du cours sera la thérapeutique des maladies de l'urèthre et de la vessie.

— *Laboratoire d'analyses appliquées à la médecine et à l'hygiène.* — M. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, ancien préparateur du professeur Brouardel, commencera le 24 mars, à quatre heures, un cours pratique de chimie, microbiologie et microscopie médicales.

S'inscrire d'avance, de trois à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

— *La Morphine au conseil d'Etat.* — On lit dans le *Voltaire :*

Le conseil d'Etat était tout récemment saisi d'une affaire où la morphine a tenu un rôle important.

Anaclet D..., pharmacien de deuxième classe d'une ville de l'Oise, avait entre autres clientes deux morphinomanes remarquables, femme et fille d'un médecin de la localité. Celui-ci, ayant appris qu'il délivrait de fortes doses du cher poison à ces dames vint faire défense à Anaclet de continuer à leur en donner. Donner est un euphémisme, car elles en avaient eu, paraît-il, en peu de temps, pour 5 à 600 francs.

Notre débitant de morphine ne tint nul compte de la défense. Cela n'eût pas fait le sien. Une des deux clientes en mourut. Sur la plainte du médecin, le sieur D... fut condamné à une peine sévère pour livraison de substances vénéneuses. Impossible, après cela, de rester dans la région.

Or, chacun sait que si le pharmacien de 1re classe a le droit d'exercer partout, celui de seconde doit conquérir son grade lorsqu'il lui arrive de changer de résidence. Désireux de s'établir dans l'Aisne, Anaclet s'en va donc passer de nouveaux examens devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, dont l'Aisne ressort.

Les examens sont brillants, et le jury ne peut que conférer au candidat le grade ambitionné; mais, en même temps qu'il envoie à ce sujet une note au ministre de l'instruction publique, il l'informe des antécédents de l'examiné. La grave infraction commise aux devoirs professionnels décide le ministre à préparer un décret refusant de ratifier la réception de D... et à saisir le conseil d'Etat de l'affaire.

Celui-ci vient d'approuver le projet de décret de M. Fallières, si bien qu'Anaclet, victime à son tour de la morphine ne peut plus exercer sa lucrative profession.

Il est exceptionnellement rare qu'un cas de ce genre soit soumis au conseil d'Etat, l'approbation ministérielle aux verdicts des jurys d'examen étant considérée comme une simple formalité.

— *La mortalité par la grippe.* — En présence d'une lettre publiée par certains journaux de médecine, il convient de dire qu'en effet les prévisions optimistes de MM. *Proust* et *Brouardel* ont été déçues. Mais cette erreur de pronostic est bien naturelle, puisqu'on ne pouvait s'inspirer pour la commettre que de l'historique des épidémies de grippe antérieures bien moins meurtrières que celle de 1889. Nous ne pouvons donc nous empêcher de protester contre les attaques auxquelles nous faisons allusion.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Les Sciences médicales en 1889. — Rapports publiés par la Société de *Médecine pratique*, à l'occasion de l'Exposition universelle. Un beau volume grand in-8° de 320 pages, cartonné toile anglaise, tête dorée. Prix pour MM. les membres du Concours médical 6 fr. 40; pour 8 fr., prix fort.

Recherches des lois qui président à la création des sexes, par le Dr A. Cleiz. Grand in-8° de 82 pages. Prix : 2 fr. 50.

La Méthode Expérimentale, principalement considérée dans les Sciences biologiques, par J.-V. Laborde, de l'Académie de médecine. Un volume in-18 de 100 pages. Prix : 2 fr.

L'auteur démontre que la Thérapeutique expérimentale est la seule rationnelle et scientifique pour déterminer la dose nocive ou toxique. Origine des vaccins chimiques. Mécanisme et théories de la prévention acquise ou immunité. Procédés d'introduction de la substance dans l'économie. Technique, etc. Ce petit guide sera très utile aux praticiens qui veulent expérimenter sur des animaux.

Adresser toute demande à M. le Directeur de la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, 4, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 12 22 Mars 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Notre éminent et aimable confrère M. Lereboullet, directeur de la *Gazette hebdomadaire*, vient d'être élu associé libre de l'Académie de médecine. La savante compagnie, en lui ouvrant ses portes, ne pouvait mieux remplacer le regretté Dechambre, dont M. Lereboullet a dignement continué l'œuvre. Toutes nos félicitations au nouvel académicien.

La Faculté compte un nouveau professeur. M. le Dr *Debove* vient d'être élu à la chaire de pathologie interne vacante par la mort de M. Damaschino.

De l'action de la caféine sur les fonctions motrices et respiratoires à l'état normal et à l'état d'inanition.

M. *G. Sée* avec le concours de M. Lapicque, a poursuivi sur ce sujet de nouvelles recherches.

La caféine, à petites doses répétées, environ 60 centigrammes par jour, qu'on peut prescrire avec avantage aux soldats en marche, facilite le travail musculaire, en augmentant l'activité, non pas directement du muscle lui-même, mais du système nerveux moteur, tant cérébral que médullaire. La conséquence de cette action double est de diminuer la sensation de l'effort et d'écarter la fatigue, qui constitue un phénomène nerveux et en même temps chimique.

La caféine empêche l'essoufflement et les palpitations consécutives à l'effort. Elle communique ainsi immédiatement, à l'homme qui se livre à un exercice violent et prolongé, l'entraînement qui lui manquait.

En produisant cette excitation du système moteur cérébro-spinal, d'où dépend l'augmentation de la tonicité musculaire, la caféine augmente les pertes de carbone de l'organisme et surtout des muscles, mais elle ne restreint pas les pertes azotées ; elle n'est donc pas, dans le sens absolu du mot, un moyen d'épargne.

Une action d'épargne, en général, ne pourrait d'ailleurs s'exercer sur les animaux supérieurs d'une manière totale, pour empêcher les effets fâcheux du jeûne, que dans une condition impossible à réaliser, à savoir : l'inaction, l'immobilité plus ou moins absolue, où il y a peu de dépense sans travail.

Avec la caféine, on observe l'inverse, c'est-à-dire un travail intense, qu'on n'obtiendra qu'au prix de l'*usure* de l'organisme. La machine animale ne fonctionnera qu'en consommant du combustible, et c'est précisément en activant cette combustion que la caféine permet le travail musculaire, même pendant le *jeûne*.

La caféine n'a pas, comme on l'a dit, la propriété merveilleuse de remplacer les aliments ; elle ne remplace que l'excitation tonique générale que produit l'*ingestion* des aliments. Si, en effet, on admet que c'est l'action directe, immédiate, instantanée des aliments qui stimule l'estomac et le système nerveux, et que leur valeur alimentaire n'y est primitivement pour rien, on pourra substituer un stimulant à un autre. Or la caféine, loin d'épargner les réserves, ne mettra l'homme inanitié à même de reprendre le travail qu'en attaquant ces réserves, dont elle hâte la destruction par l'excitation du système nerveux, et, par son intermédiaire, celle des muscles ; dès lors, l'organisme épuisera bien vite son stock nutritif, et la caféine ne saurait l'empêcher, tout en étant d'une utilité incontestable, mais temporaire, pour les forces physiques.

L'action intime de la caféine sur le cœur et les vaisseaux, paraît, d'après les expériences de MM. Sée et Lapicque, très différente de celle qui est admise généralement. Ils feront prochainement connaître leurs résultats.

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants.

Notre distingué collaborateur M. *Chaumier* (de Tours) vient de faire, à l'Académie, une communication sur ce sujet. — Les tumeurs adénoïdes sont excessivement fréquentes. La plupart des auteurs disent qu'on les observe surtout de sept à

huit ans. D'après les observations de M. Chaumier, aucune période de l'enfance ne présente une fréquence plus grande qu'une autre, car la maladie, si elle n'est pas congénitale, se développe peu après la naissance.

Vers dix-huit ou vingt ans, les végétations adénoïdes tendent à disparaître spontanément. La scrofule ne joue aucun rôle dans la production de ces tumeurs. Sont-elles en relation avec un micro-organisme ? Je ne crois pas qu'il ait été fait aucune recherche à ce sujet. Tout ce qu'on peut dire, au point de vue de l'étiologie de ces tumeurs, c'est qu'elles sont héréditaires.

Sur les 232 cas de cette affection que j'ai observés, l'oreille n'était atteinte que 31 fois, et sur ces 31 enfants, vingt-quatre seulement étaient donnés comme sourds par les parents ; sept enfants faisaient répéter lorsqu'on leur parlait, ce qu'on attribuait à une mauvaise habitude. Neuf malades avaient de l'otorrhée chronique, neuf avaient eu des écoulements de courte durée.

Néanmoins, les symptômes auriculaires sont assez fréquents pour qu'on les redoute, et l'on peut dire avec vérité que toutes les surdités de l'enfance relèvent des tumeurs adénoïdes ; il en est de même de la plupart des écoulements chroniques d'oreilles.

La bouche ouverte est un des symptômes les plus fréquents de la maladie. Presque toujours la bouche est ouverte jour et nuit.

Le palais en ogive est un symptôme tout aussi constant. L'augmentation de volume de la lèvre supérieure ne s'observe que rarement ; soixante-seize fois les amygdales étaient assez hypertrophiées pour qu'il ait fallu les exciser.

Vingt-huit fois, M. Chaumier a vu sur le pharynx buccal de grosses granulations adénoïdes. Seize fois il a constaté des ganglions cervicaux. Il existe assez habituellement une gêne respiratoire d'origine nasale avec hypersécrétion de la muqueuse.

Il y a en outre trois ordres de complications sur lesquels M. Chaumier pense que les auteurs n'ont pas assez insisté ; ce sont les accidents laryngo-bronchiques, les terreurs nocturnes et les angines.

Parmi les enfants qui toussent, un certain nombre ont des accès de suffocation, de l'asthme véritable, avec sifflement à distance, surtout la nuit.

Les terreurs nocturnes sont une conséquence de la gêne respiratoire, toutes les sensations ressenties pendant le sommeil étant adaptées au rêve en cours, et produisant, par association d'idées, la suite de l'évolution du rêve.

Les angines, enfin, sont excessivement fréquentes chez les enfants atteints de tumeurs adénoïdes ; mais elles sont souvent si légères qu'elles n'attirent pas l'attention des parents.

Les tumeurs adénoïdes doivent être considérées comme graves, parce qu'elles peuvent amener la perte de l'audition, l'arrêt de développement de l'intelligence et la surdi-mutité ; parce qu'elles peuvent causer la mort, par propagation de l'inflammation purulente de l'oreille au cerveau ; parce qu'elles peuvent occasionner et entretenir des bronchites à répétition, etc.

Il sera donc du devoir du médecin de rechercher s'il n'existe pas de tumeurs adénoïdes chez tous les enfants qui ouvrent la bouche, chez tous les enfants porteurs d'écoulements d'oreilles, chez tous les enfants sourds à un degré quelconque ; chez ceux qui ont une prononciation défectueuse, chez les sourds-muets, les arriérés et les idiots ; chez les enfants sujets aux bronchites ou aux accès d'asthme ; chez ceux enfin qui ronflent la nuit, ou qui ont le sommeil agité avec des cauchemars.

Le diagnostic ne présente, en général, aucune difficulté : la rhinoscopie postérieure fera voir les tumeurs, le toucher du pharynx nasal permettra de les sentir. On peut en général se contenter du toucher, d'autant que la rhinoscopie est absolument impossible chez les très jeunes enfants.

Le traitement consiste à détruire les tumeurs.

FEUILLETON

CAUSERIES QUODLIBÉTAIRES

Les mauvais confrères font les mauvais clients.

Sans recéleurs, pas de voleurs !...

Si les médecins étaient plus attentifs et plus scrupuleux dans leurs agissements professionnels, nous ne verrions pas autant de clients indélicats ; nous n'en verrions même plus du tout.

On se plaint de ce que la clientèle est changeante et ingrate ; de ce qu'un médecin établi quelque part n'est jamais sûr de la conserver... Et à cela, dit-on, nous ne pouvons rien.

Ce n'est pas tout à fait mon avis.

*
* *

Assurément, il n'est guère possible de morigéner le grand public, de modifier ses habitudes et ses penchants, d'élever sa sentimentalité normale et de lui inculquer une vertu de constance qui lui fait défaut en se bornant à lui adresser de sages conseils et à lui parler de convenance théorique *ex cathedrâ*. Tout cela n'aboutirait pas à grand'chose. C'est la situation le plus souvent qui façonne les mœurs ; c'est donc la situation qu'il faudrait changer.

Nous ne pouvons pas avoir une action directe sur la masse, tandis qu'il est toujours possible, au contraire, d'agir sur des hommes d'un caractère élevé, de rappeler à des médecins ce qui est conforme à la dignité professionnelle, et de leur faire comprendre combien il est odieux et méprisable de se prêter, pour si peu que ce soit, à l'inconstance, à la versatilité, disons le mot, à la perfidie des clients vulgaires.

C'est donc par ce moyen, en nous concertant, en nous conseillant, en nous morigénant les uns les autres, que nous empêcherons l'injustice et que nous arriverons à mettre fin à l'indigne abandon dont sont victimes certains confrères, quelquefois après avoir été loués avec excès, encensés et couverts de fleurs.

Et, en faisant cela, nous nous montrerons des hommes de cœur et nous nous honorerons infiniment.

On peut ridiculiser notre vanité, les airs gourmés et le ton d'importance que nous nous donnons, et même, pour si savants que nous soyons, se moquer de notre science et de nos capacités. Mais soyez sûrs, mes chers confrères, qu'on ne rira jamais de notre probité, de notre délicatesse, de notre correction de conduite, pas plus que de

Dans ce but, on se sert habituellement de pinces coupantes ou d'adénotomes; on peut aussi les gratter simplement avec le doigt ou avec une curette.

Avec les grands enfants M. Chaumier se sert habituellement de pinces ; chez les petits, de la curette ou du doigt.

Il est souvent utile d'user concurremment de la douche nasale, surtout s'il y a des accidents du côté des trompes.

On doit savoir que la nuit qui suit la première séance est quelquefois troublée par de la toux ou des accès de suffocation.

MÉDECINE PRATIQUE

La pneumonie traumatique.

(*Suite et fin*).

Continuant l'étude des conditions pathogéniques de la contusion du poumon, M. Rendu remarque que, théoriquement, lorsque le choc se produit immédiatement après une inspiration forcée, pendant l'effort, la lésion pulmonaire semble devoir être plus aisée à produire. A ce moment, en effet, la tension active du poumon diminue son élasticité, et la fermeture de la glotte ne permet pas à l'air de s'échapper ; de sorte que l'ébranlement atteint un poumon à paroi inextensible et difficilement compressible.

Voici comment on peut comprendre les diverses phases par lesquelles passe la lésion pulmonaire. La contusion des organes viscéraux se comporte, en effet, absolument comme celle des téguments, et suit une évolution parallèle, tout à fait comparable.

Que se passe-t-il quand on reçoit un coup violent qui intéresse un muscle, par exemple ? Tout d'abord il y a une attrition plus ou moins complète des fibres musculaires, accompagnée de rupture vasculaire et d'extravasations sanguines. La conséquence immédiate de cette lésion est l'impotence fonctionnelle, la paralysie momentanée de la sensibilité, et l'engourdissement de la région qui est comme frappée de stupeur. Ce dernier phénomène explique pourquoi une plaie par arme à feu est si peu douloureuse au moment où elle se produit.

La seconde phase est infiniment plus douloureuse, et à l'anesthésie du début succède un endolorissement toujours considérable. C'est qu'alors le sang afflue dans la région contuse, réveillant la vitalité des éléments lésés, amenant du gonflement et des phénomènes d'irritation qui sont la première ébauche du travail réparateur. La sensibilité atteint à ce moment son maximum. Presque simultanément, il se fait des thromboses vasculaires, le travail de réorganisation se poursuit, caractérisé par la production d'éléments nouveaux : c'est une véritable inflammation qui se produit, ordinairement réparatrice, mais susceptible parfois de dépasser la mesure.

Cette question de la réparation des lésions du poumon, de la pneumonie traumatique, comme on l'appelle, est encore fort obscure. Cela tient à ce que l'on a réuni sous cette même étiquette des cas fort différents et nullement comparables.

La contusion du poumon, en effet, n'est ni de la congestion, ni de la pneumonie ; elle est, en quelque sorte, intermédiaire à ces deux états. Elle ne va pas toujours jusqu'à l'hépatisation, lésion classique de la pneumonie, et d'autres fois elle la dépasse. Ce nom ne peut donc lui convenir d'une manière générale, et il vaut mieux lui conserver l'appellation de contusion qui peut s'appliquer à tous les degrés que l'on rencontre, depuis le choc peu intense du poumon jusqu'à l'attrition étendue suivie de gangrène.

Qu'un homme soit atteint, par exemple, d'un violent coup de tampon, comme cela se voit dans les gares de chemin de fer : tout d'abord, il y a peu de signes, quelquefois pas même d'hémopty-

---

notre humanité. Nous aurions tout à gagner à nous montrer des gens de mœurs irréprochables.

Je le répète, ce sont les mauvais confrères qui font pousser les mauvais clients.

***

C'était tout à mes débuts.

Une vieille dame habitant la banlieue, que je traitais et qui était très contente de mes soins, — car en débutant on se montre en général très empressé et même un peu meilleur qu'on n'est, — me pria de voir en passant toute une grosse famille de son voisinage dont cinq membres avaient été successivement atteints de fièvre typhoïde dans l'espace de trois semaines. Cette famille, sans être tout à fait pauvre, était très gênée ; cela se conçoit. Chacun s'intéressait à une situation aussi lamentable. Le plus jeune des fils, âgé de 20 ans, était, disait-on, dans un état désespéré. Et le médecin qui l'avait vu la veille aurait déclaré qu'il n'en avait pas pour vingt-quatre heures. Au surplus, ce médecin, qui demeurait en ville, ne devait revenir qu'après qu'on l'aurait redemandé, etc., etc. Bref, on me faisait entendre qu'il abandonnait la partie.

Quoi qu'il en soit, j'obéis étourdiment aux instances de ma cliente. On faisait appel à mes sentiments d'humanité et on chatouillait mon amour-propre : j'allai visiter ces malades.

Le jeune homme dont j'ai parlé avait été transporté dans un pavillon isolé que de bons voisins avaient mis à la disposition de ces pauvres gens, et où il était soigné par une petite sœur garde-malade. Je le trouvai dans un état de prostration complet, sans connaissance, avec un pouls misérable, déprimé. A peine pouvait-on lui faire avaler quelques cuillerées de liquide. Son dos, son croupion, les régions trochantériennes étaient couverts de larges escharres en formation. On attendait son agonie d'un moment à l'autre.

Je résolus quand même d'essayer *illico* une potion gommeuse avec 6 grammes d'extrait résineux de quinquina. C'était une satisfaction que je me donnais, n'en attendant pas grand'chose ; et j'allai moi-même la commander, et la payai de mes deniers.

Le lendemain, le pouls semblait meilleur, et le malade acceptait mieux les cuillerées de bouillon qu'on lui présentait. On continua la potion et finalement le patient guérit. Ce fut l'affaire de 6 ou 8 mois ; il est encore là pour le dire.

Quand je racontai cette histoire de résurrection à mon camarade, le Dr Blondon, médecin aussi distingué par sa droiture que par sa science, il

sie ; puis, les jours suivants, apparaissent la fièvre, les symptômes d'un état adynamique, souvent ceux d'un abcès ou d'une gangrène pulmonaire. Est-ce là de la vraie pneumonie ? Évidemment non. A plus forte raison en est-il de même de ces cas rares où l'on a vu une contusion du thorax donner lieu à une sorte de phlegmon diffus du poumon, avec dissection des lobes et des lobules pulmonaires et gangrène spéciale (comme dans un fait présenté par Hayem à la Société anatomique en 1874). Vouloir enfermer dans un même cadre ces lésions disparates, c'est étendre outre mesure le champ de la pneumonie traumatique et perpétuer la confusion dans l'histoire clinique de la contusion pulmonaire.

M. Rendu a donné un parallèle de la pneumonie traumatique et de la pneumonie spontanée.

Rappelons en quelques mots la marche et l'évolution de la pneumonie spontanée. Maladie à début brusque, c'est un frisson unique et violent qui, d'ordinaire, ouvre la scène ; presque immédiatement s'allume une fièvre ardente, atteignant ou dépassant 40° d'emblée ; l'état général est grave, et le point de côté qui précise la lésion pulmonaire est toujours précédé par l'apparition des phénomènes généraux.

A l'auscultation, on trouve tout d'abord une fine crépitation avec faiblesse du bruit respiratoire ; mais très rapidement ces signes sont remplacés par un souffle tubaire. La maladie s'étend rapidement aux parties voisines du poumon, puis s'y maintient dans les cas ordinaires. La toux est relativement rare et l'expectoration couleur de rouille. Le 7e ou le 8e jour, brusquement la fièvre tombe ; les râles dits de retour apparaissent au point malade et disparaissent peu à peu. La maladie, au point de vue de la température, a évolué suivant un cycle régulier qu'on pourrait presque dessiner à l'avance.

Dans la pneumonie traumatique, rien de semblable. Les phénomènes du début sont ceux du trauma ; le point de côté est dû au choc, et il s'atténue à mesure qu'on s'éloigne du moment de la blessure. L'hémoptysie, si elle se produit, est le phénomène initial, et elle a des caractères tout particuliers, très différents de ceux que l'on observe dans la pneumonie spontanée : au lieu de ces crachats sanglants peu abondants, nullement rutilants, intimement combinés à l'exsudat inflammatoire, que chacun connaît, dans la pneumonie traumatique le sang de l'expectoration est naturel ; son abondance est très variable, et les crachats rouillés ne se montrent que 36 ou 48 heures après le début, alors que se produisent les phénomènes de réparation et d'inflammation secondaires. Dans les cas graves, ultérieurement suivis de gangrène, l'hémoptysie fait le plus souvent défaut. Enfin, le frisson initial, qui marque le début dans la pneumonie spontanée, manque dans la traumatique.

Les phénomènes d'auscultation ne sont pas moins dissemblables. La contusion pulmonaire se traduit presque toujours par les signes physiques d'une congestion pulmonaire, compliquée plus ou moins de bronchite et de pleurésie, et cela dès le début. C'est dire que le murmure vésiculaire est initialement affaibli et ultérieurement mélangé à des râles sibilants et muqueux ; on trouve aussi, dès les premiers jours, des frottements pleurétiques, accompagnés parfois d'un peu d'égophonie et de souffle voilé. Quand il s'y joint des signes d'hépatisation vraie, le souffle est très limité ; il n'a pas de tendance à l'envahissement des parties voisines, et la réparation de la lésion se fait vite, de sorte que ce souffle est à la fois peu étendu et peu durable. Dans les cas graves on voit s'établir très rapidement des signes cavitaires et des gargouillements coïncidant presque toujours avec de la gangrène pulmonaire.

La température fournit également des éléments de diagnostic différentiel. Très rarement, après une contusion de la poitrine, le thermomètre

---

me reprit sévèrement, comme un bon ami doit faire :

— *Comment*, me dit-il, *as-tu pu te conduire pareillement vis-à-vis d'un confrère ?*

Je balbutiai des excuses ; et je n'en manquais pas ! Est-ce qu'on manque jamais d'en trouver quand on a commis une sottise ? — Je sentais trop bien qu'au fond j'avais mal agi ; que j'avais escompté les bénéfices de la cure ; que je traitais le malade, n'ayant rien à perdre, à l'insu du médecin responsable, etc.

J'ai toujours porté cette action comme un remords. J'ai revu dans cette famille, après lui avoir fait des excuses, le médecin qui m'y avait précédé. Je ne savais comment me faire pardonner mon intrusion ; car son *quitus* ne pouvait faire taire la voix de ma conscience.

*
* *

La faute était-elle imputable à la bonne dame qui m'avait envoyé comme un guérisseur chez ses voisins ? Etait-elle imputable aux pauvres gens qui m'avaient accueilli comme un sauveur ?

Non ; cette faute n'était imputable qu'à moi. *Sans recéleurs, pas de voleurs* ! Sans confrères peu délicats, nous n'aurions pas de clients infidèles. Il faut bien nous dire cela.

*
* *

Une fois, — puisque je suis en train de faire des confidences, — j'avais été appelé à donner des soins à une fillette de cinq ou six ans, dans une famille dont j'étais le médecin. Cette enfant était atteinte d'une synoque simple, sans aucun symptôme de gravité ; et j'avais bien jugé la situation, comme la suite l'a démontré. Mais, la continuité de la fièvre inquiétant les parents, ils font venir à mon insu, le 5e jour, un médecin peu scrupuleux, grand coureur de malades, qui avait et qui a encore pour habitude de se rendre indistinctement chez tous ceux qui le demandent. En faisant ma visite ce jour-là à une heure où je n'étais pas attendu, je trouvai ce médecin assis auprès de la couchette de l'enfant. Comme il était coutumier du fait, il n'en parut pas extrêmement troublé. Mais le père de la malade un peu confus s'excusait, en me disant : *Ne nous en veuillez pas, Monsieur ! Nous avons fait venir le Dr Malcourant !...* — *Je comprends que vos craintes vous aient fait commettre cette petite inconvenance*, répondis-je ; *mais je comprends moins qu'un médecin commette la vilenie de voir les malades d'un autre médecin en cachette !*

Le confrère n'eut garde d'invoquer sa règle de conduite ordinaire tant il en sentait l'indignité, ce qui aurait été plus crâne. Il eut recours au mensonge : *Je ne savais pas*, dit-il, *qu'un méde-*

atteint un degré élevé : quelquefois même il descend au-dessous de la normale. Il est rare qu'il dépasse 38° ou 38°,5 et il s'y maintient avec des oscillations variables souvent assez étenduos. Enfin, la défervescence se fait d'une manière graduelle, par décroissance successive et lente. La marche des lésions, dans les deux cas, est du reste bien différente ; car, tandis que la pneumonie spontanée s'étend à la façon d'une tache d'huile, la pneumonie traumatique reste ordinairement localisée et sa marche n'est nullement envahissante, quand la contusion n'est pas excessive.

M. Rondu considère que le pronostic de la contusion pulmonaire est éminemment variablo, suivant l'intensité, l'étendue, la localisation du choc traumatique. D'une façon générale, on peut dire que la contusion de moyenne intensité est ordinairement bénigne.

Mais, pour porter un pronostic rationnel en connaissance de cause, il faut s'adresser à ce qu'on pourrait appeler l'élément personnel du malade, et rechercher avec soin quel est le terrain pathologique sur lequel va évoluer le traumatisme. C'est le lieu de rappeler l'importance majeure qu'a prise le côté médical de la chirurgie, depuis les travaux considérables de M. le professeur Verneuil sur l'influence réciproque des traumatismes et des diathèses. Grâce aux recherches poursuivies avec persévérance par ce maître éminent, on sait maintenant que le terrain pathologique joue un grand rôle dans les phénomènes de réparation des plaies, et qu'il n'est nullement indifférent d'avoir affaire à un blessé entaché de scrofule, de goutte, de diabète ou d'albuminurie.

Le malade, qui faisait le sujet de la clinique de M. Rendu, était un tuberculeux, en puissance, ayant eu une pleurésie d'assez longue durée quatre ans auparavant, et l'on trouva des bacilles dans ses crachats hémoptoïques.

En résumé, sous le nom de pneumonie traumatique, on doit entendre l'ensemble des troubles fonctionnels et des lésions anatomiques qui se produisent dans le poumon traumatisé, depuis la congestion hémoptoïque jusqu'à la gangrène, en passant par la broncho-pneumonie en foyers disséminés ou pseudo-lobaire, qui a dû souvent être prise pour une pneumonie lobaire fibrineuse franche ; cependant celle-ci pourra être vue elle-même dans quolques cas, mais la constatation des pneumocoques dans l'expectoration permettrait seule de l'affirmer. Enfin, le traumatisme pourra être encore quelquefois suivi d'une broncho-pnoumonie tuberculeuse.

Il découle de la possibilité de lésions si variées qu'il est superflu de fixer des règles de thérapeutique uniformes pour les accidents pulmonaires post-traumatiques. On peut seulement dire d'une manière générale que la contention du thorax par des bandelettes de diachylon, certains révulsifs, les toniques et l'antisepsie en devront être la base. Aussi serions-nous tenté de conseiller les inhalations de vapeurs phéniquées ou les pulvérisations créosotées, les injections sous-cutanées d'éther contre le collapsus, d'ergotine en cas d'hémoptysie, le sulfate de quinine et l'alcool.

Un de nos bienveillants lecteurs vient de nous adresser une lettre qui met en lumière un des côtés pratiques de l'étude de la pneumonie traumatique, le point de vue médico-légal.

« En qualité de médecin d'une Compagnie d'assurances, nous écrit-il, j'ai été appelé à visiter une femme qui a reçu, le 23 décembre dernier, le choc d'un bras de voiture au niveau du téton gauche. Le premier médecin qui vit cette personne ne constata ni fracture de côte, ni ecchymose. Le 25, lors de ma première visite, je constatai, moi, une ecchymose de 8 centimètres de diamètre environ ; pas de fracture de côte ; à l'auscultation quelques râles de bronchite ; la malade m'avoue qu'elle avait pris un peu de rhume quelques jours auparavant.

---

cin était venu ici avant moi. — Mais ces potions qui sont sur la table, vous auriez-pu demander qui les avait prescrites ?, etc.

Que voulez-vous ? la profession fait ainsi d'indignes recrues qui seraient mieux à leur place dans une troupe de saltimbanques ou de marchands forains que dans un corps d'officiers de santé. Remarquez seulement qu'ils se rendent si bien compte de l'ignominie de leurs procédés, qu'ils ne cherchent pas à les défendre : ils se justifient comme ils peuvent. Cette reculade n'est-elle pas un hommage rendu par ces aventuriers de la profession aux principes d'honnêteté que nous ne cesserons de recommander et dont un honnête médecin no doit jamais se départir ?

*
* *

Je ne veux pas dire que des clients ne peuvent pas changer de médecin ; ni que celui-ci doit systématiquement s'interdire de soigner un malade qui aura été vu par un de ses confrères !. Que feraient les jeunes ? Non ; je dis seulement qu'on ne doit pas le faire sans une certaine appréhension et sans un profond respect des convenances professionnelles. Que chacun pour cela interroge sa conscience.

Des changements pareils ne sont faits pour honorer ni le client capricieux, ni son médecin du jour, qui ne sera peut-être plus celui du lendemain.

Je dirai encore pour finir à ceux qui entrent dans la carrière : Aiguillez bien à vos débuts ! A défaut d'un père pour guider vos premiers pas, ayez un bon ami qui vous avertisse, vous redresse et vous réconforte. Car un premier faux pas en améne d'autres ; et on traîne comme un boulet les précédents malhonnêtes dont on s'est rendu coupable. Par exemple, si un coquin a été assez habile pour vous associer à quelque œuvre de mauvaise foi ; s'il vous a soutiré un certificat délivré un peu à l'étourdie ; s'il vous a fait concourir à ses combinaisons véreuses, soyez sûr qu'il vous amènera plus tard d'autres clients de même nature. *Le Dr un tel n'a pas voulu ? Allons trouver Malcourant qui fera notre affaire....*

Les mauvais clients disparaîtraient, s'ils ne trouvaient plus d'indignes médecins pour les servir.

Voilà pourquoi, quand une inconvenance professionnelle est commise, c'est le médecin qui doit en avoir la honte.

Dr PERRON.

Le 28, cette personne est plus affaissée (crachats muqueux).

Le 30, un autre médecin est appelé ; celui-ci *ne voit plus de trace* de contusion, pas de fracture de côte, mais il diagnostique une pneumonie. La malade meurt le 5 janvier de cette pneumonie.

Je me demande s'ils'agit ici d'une pneumonie traumatique ou bien d'une pneumonie à frigore, comme nous en avions *beaucoup* à cette époque dans notre ville. Le nombre des décès était triplé et presque tous étaient dus à la pneumonie.

Médecin de la Compagnie d'assurances, je dois représenter ses intérêts ; cependant, je ne voudrais pas être injuste envers les héritiers de la femme blessée. Si je ne craignais d'abuser de votre complaisance, je vous prierais de me donner votre opinion sur ce fait. »

Dans le cas dont il s'agit il est à peu près impossible, je crois, d'affirmer que le traumatisme a causé la pneumonie ; tout au plus peut-on dire que, la malade étant en état d'opportunité par la bronchite, le rhume, qu'elle avait auparavant, le traumatisme a pu jouer le rôle de cause occasionnelle.

La coexistence de l'épidémie grippale et pneumonique rend encore l'appréciation de ce cas plus délicate.

Un point très important eût été, dans l'espèce, l'autopsie, si elle avait montré que le foyer pneumonique se trouvait exactement en contact avec la région traumatisée. Et encore ! Je crois que l'expert a le devoir de ne rien conclure dans un cas de ce genre.

P. Le Gendre.

II

Les injections hypodermiques de créosote.

Un de nos lecteurs nous avait demandé, au mois de décembre, des renseignements sur la méthode de traitement de la phthisie par les injections sous-cutanées de créosote telle que l'a instituée et perfectionnée le Dr *Gimbert* (de Cannes). Le trouble que l'épidémie d'influenza a jeté dans nos existences à ce moment de surmenage professionnel expliquera à notre honorable correspondant le retard que j'ai mis à lui répondre et il voudra bien m'excuser.

Je saisis cette occasion pour remercier un certain nombre de mes confrères qui ont bien voulu m'écrire dans ces derniers temps de trop aimables lettres dans lesquelles ils jugent mes articles avec une bienveillante indulgence. Je leur suis reconnaissant de m'indiquer ainsi quels sont les sujets qu'ils désirent me voir traiter, et je les prie de continuer à manifester leurs préférences. C'est une grande satisfaction pour moi de savoir, quand je commence à écrire, que je réponds au désir de quelqu'un.

J'ai dit bien nettement, dans de précédents articles, comme dans mon Traité d'Antisepsie, que je considérais, avec M. Bouchard et M. Gimbert, les initiateurs, et avec les nombreux disciples qui les ont suivis, la créosote comme le seul médicament interne dont l'action utile contre la tuberculose pulmonaire fût démontrée.

Il ne faut pas être trop ambitieux quand il s'agit de juger la valeur d'une drogue dans le traitement d'une maladie infectieuse, disons donc seulement que la créosote est la moins infidèle des substances dites antibacillaires. J'ai dit et je répète après les professeurs Jaccoud, Debove, mon maître Grancher, Potain et tant d'autres, que la suralimentation et l'hygiène sont les principaux agents de la guérison, qu'ils suffisent quelquefois, mais la formule complète, à mes yeux, a été résumée brièvement par mon maître Bouchard : « Ce qui doit primer tout, c'est l'hygiène ; mais en associant l'hygiène et l'antisepsie, on obtient le maximum des bénéfices ».

Dans la plupart des cas, la créosote peut être employée à l'intérieur, sous forme d'huile de faîne créosotée ou de pilules, avec un excipient comme le baume de tolu ou le savon amygdalin.

Mais, quand on est obligé d'obvier à l'intolérance des voies digestives, ou quand on a des raisons de craindre que le malade ne néglige de prendre ses médicaments, ou enfin quand la gravité imminente des accidents, tuberculose tendant à se généraliser vite, phthisie à marche rapide, néoplasme des centres nerveux qu'on suppose de nature tuberculeuse, — toutes ces circonstances sont des indications positives à l'emploi de la méthode des injections hypodermiques telle que l'a instituée M. Gimbert.

Je crois donc répondre aux vœux de plusieurs de mes lecteurs en leur faisant connaître les avantages et le mode d'emploi de ces injections, comme l'a résumé, l'année dernière, l'inventeur dans un travail qu'a publié la *Gazette Hebdomadaire* (Sur un Système spécial d'Injection hypodermique de certains médicaments irritants ou caustiques, 1889, nos 15 et 16).

L'outillage a une importance considérable dans la méthode. La seringue de Pravaz ne répond qu'exceptionnellement aux besoins à cause de sa trop faible dimension, de la capillarité trop grande et de la brièveté de son aiguille. M. Gimbert l'a remplacée le plus souvent par une seringue en argent fin de 5 centimètres cubes de capacité dans laquelle le liquide se déplace en tournant le piston dont la tige est munie d'un pas de vis. La seringue à piston tournant doit être préférée à toute autre. Elle permet de faire pénétrer sous la peau, par portions infinitésimales et sans secousse, 5 centimètres cubes de liquide. Cette opération est insensible si l'opérateur est adroit et patient.

Mais le plus souvent M. Gimbert emploie un injecteur spécial qu'il a imaginé afin de rendre l'introduction du liquide médicamenteux absolument régulière et sans secousse et aussi lente qu'on le veut. Cet appareil fort ingénieux se trouve chez le fabricant sous le nom de son inventeur. Nous n'en pouvons donner ici la description qui serait inintelligible sans un graphique.

Cela dit, je laisse la parole à M. Gimbert pour exposer les avantages de sa méthode.

P. L. G.

« Avant de le mettre en œuvre, il faudra aseptiser l'injecteur par des lavages réitérés et antiseptiques.

Les aiguilles que nous employons sont longues et d'un diamètre double de celui des aiguilles de morphine quand on veut injecter des huiles. Elles doivent toujours être d'une propreté *absolue* et bien affilées.

Cet appareil met au service du médecin une grande quantité de liquide. Chargé d'air comprimé, il fonctionne seul ; à l'aide du robinet on peut régler l'injection et éviter la douleur. Enfin, grâce à l'échelle du flacon, il est facile d'apprécier les quantités de liquide injectées.

Symptômes locaux de l'injection en général. — Nous avons constitué notre système par l'étude de l'action locale des substances suivantes : iodoforme, iodol, eucalyptol, antipyrine, chloroforme, éther, bisulfate de quinine, chlorhydrate neutre de quinine, acide phénique, créosote vraie.

Le nombre des injections faites jusqu'en janvier 1889, avec ces différents agents, sur les animaux d'abord, sur l'homme malade ensuite, s'élève à 1887 dont 1502 de créosote.

Trois substances peuvent être considérées par nous comme pouvant réaliser une médication, ce sont : la créosote, les sels de quinine, l'acide phénique.

En groupant ensemble ces injections, on reconnaît sans peine qu'elles présentent toutes, au point de vue local des phénomènes communs, exceptionnellement des phénomènes spéciaux ou accidentels.

Les phénomènes communs dépendent directement du procédé, ce sont :

1° La douleur causée par la piqûre ;
2° La douleur causée par l'injection ;
3° La douleur causée par les liquides ;
4° La douleur causée par les réactions nerveuses ;
5° Le soulèvement et la rétraction de la peau ;
6° L'absorption.

Les phénomènes accidentels seront appréciés plus loin ; il importe de préciser les conditions banales de l'injection et de les atténuer ou les faire tourner à l'avantage de notre système.

Douleur causée par la piqûre. — Dans le traitement des maladies chroniques il serait difficile d'appliquer couramment la méthode hypodermique si la piqûre devait être douloureuse. On doit donc chercher à la rendre, sinon complètement ou toujours nulle, tout au moins aussi peu pénible que possible, et on y arrive très bien. L'injection devant être considérée comme une petite opération, on fait allonger le malade sur un lit de telle manière que la peau soit très relâchée. Le lieu choisi, on prend celle-ci entre le pouce et l'index de la main gauche et on la soulève. C'est à la base de ce pli ainsi formé et bien tendu par l'auriculaire droit que l'on enfonce vivement et profondément l'aiguille aseptisée et bien affilée qui se logera ainsi dans un espace vide. Quand on opère ainsi et que l'on est adroit, la piqûre passe le plus souvent inaperçue. On peut toujours, avec un petit stypage, insensibiliser le lieu d'élection.

Il existe sur le corps des régions sur lesquelles la peau se prête particulièrement à cette opération. Nous signalerons le dos, ses parties latérales surtout, la région pectorale sus-mammaire ou sus-mammelonaire, les flancs, l'épigastre, les hypochondres, les régions péri-ombilicale et fessière externe, la face latérale et postérieure du bras, la face externe de la cuisse. L'aine, le cou, la mamelle doivent être respectés, moins à cause de la douleur, qu'à cause de leur trop grande vascularité et de la mobilité extrême de la peau. On a dit que la gouttière adipeuse, située entre le trochanter et la fesse, était insensible. Cela n'a que peu d'importance quand il s'agit de faire un grand nombre d'injections.

(A suivre.) GIMBERT.

MÉDECINE LÉGALE

Du droit de réquisition des médecins légistes et de l'organisation de la médecine légale.

Nos lecteurs connaîtront certainement avec plaisir une discussion qui a été ouverte sur ce sujet à la *Société de médecine légale*. Nous en empruntons le compte rendu au *Bulletin médical.*

M. *Horteloup,* conseiller à la cour, avait lu devant la Société un rapport relatif à la question des honoraires des médecins en cas d'expertise médico-légale dont les conclusions étaient ainsi formulées :

I. — En l'état actuel de la législation, la réquisition adressée à l'expert par le parquet, les officiers de police judiciaire, ou le juge d'instruction est obligatoire en cas de flagrant délit seulement.

La sanction de cette obligation est inscrite dans l'article 475, § 12, et en cas de récidive dans l'article 478 du Code pénal.

II. — Il y a flagrant délit : 1° lorsqu'un fait passible d'une peine afflictive ou infamante se commet actuellement ou vient de se commettre, ou lorsqu'un prévenu d'un fait de même nature est poursuivi par la clameur publique ou qu'un individu est trouvé saisi d'objets faisant présumer qu'il est auteur ou complice, pourvu que ce soit dans un temps voisin du crime ; 2° lorsque le chef d'une maison requiert la constatation à l'intérieur de cette maison d'un crime ou d'un délit même non flagrant.

III. — Il y a lieu de reviser le tarif établi par le décret du 18 juin 1811, en ce qui concerne les experts et de relever notablement les honoraires qui leur sont alloués.

IV. — Il y a lieu pour sauvegarder les intérêts de la justice et ceux des accusés :

1° D'assurer l'instruction spéciale des experts par l'organisation d'un enseignement professionnel approprié ;

2° D'instituer un diplôme spécial aux médecins et chimistes experts, délivré par le ministre de l'instruction publique, après examen subi devant les professeurs des facultés de médecine, fournissant la preuve de cette instruction.

A propos de ces conclusions la discussion suivante a eu lieu. Elle est surtout intéressante à cause de l'opinion motivée de M. le professeur Brouardel :

Discussion a propos du rapport de M. Horteloup.

M. *Vibert.* — Dans l'état actuel des choses, les médecins légistes sont trop souvent recrutés au hasard et la liste s'allonge en quelque sorte indéfiniment. Il y a là un préjudice sérieux porté à ceux qui ont renoncé à la clientèle pour faire de la médecine légale leur carrière et il est à craindre qu'ils n'y trouvent plus une rémunération convenable de leur travail. En dehors de ce préjudice matériel, il y a encore pour eux une sorte d'humiliation morale à se voir donner comme collègues des gens tout à fait au-dessous de leur tâche, arrivés par les protections ou par l'intrigue, et de qui émanent parfois des rapports prêtant largement le flanc à la critique. La justice est la première à souffrir de ce recrutement défectueux des experts. Le remède à mon avis consisterait : 1° à recruter les experts au

moyen d'un concours sérieux ; 2° à limiter leur nombre.

Il eût été bon, je crois, que le rapport, d'ailleurs si consciencieux et si complet de M. le conseiller Horteloup, fît allusion à l'état fâcheux de choses que je signale.

M. *Horteloup*. — Nous sommes tous d'accord sur l'utilité qu'il y a à ce que les médecins experts offrent toutes les garanties possibles de compétence, mais l'addition que nous propose M. Vibert serait un véritable hors-d'œuvre dans le rapport de la Commission. Nous n'avions, en effet, à nous occuper dans ce travail que du droit de réquisition des médecins experts par la justice.

J'ajouterai que, personnellement, loin de trouver qu'il y a trop d'experts inscrits sur les listes, j'estime qu'il n'y en a pas assez, à Paris du moins.

Il nous arrive, en effet, souvent, à nous magistrats, de faire appel à des experts qui toujours se récusent et qui se font inscrire purement *ad honorem*. Je ne crois donc pas qu'il faille empêcher les magistrats de choisir ces auxiliaires de la justice en dehors des listes, quand ils jugent à propos de le faire. C'est leur droit, actuellement, mais le projet de loi d'instruction criminelle le leur retirera. Il porte, en effet, que les experts ne devront jamais être pris en dehors d'une liste dressée par la Cour d'appel sur présentation des Facultés.

M. *Constant*, avocat à la Cour d'appel. — On ne peut guère obliger les magistrats à choisir toujours l'expert dans la liste; car enchaîner, dans une mesure donnée, le juge d'instruction pour le choix de l'expert, c'est porter une certaine atteinte aux droits de l'accusé, dont le défenseur peut légitimement demander au tribunal de commettre dans l'affaire tel ou tel expert. Il y a là une question assez délicate.

M. *Brouardel*. — Je partage sur ce point l'opinion de MM. Horteloup et Constant. Il serait, actuellement du moins, imprudent et excessif de vouloir limiter le choix des magistrats à une liste donnée. Outre qu'il y a avantage à ce que les mêmes experts ne se trouvent pas toujours en présence les uns des autres, ce qui pourrait provoquer de petites rivalités professionnelles, etc., etc., il peut arriver qu'un expert possède toutes les qualités de savoir désirables et manque complètement de certaines autres qualités, le tact, par exemple, très nécessaires en pareil cas et que les magistrats sont en droit d'exiger.

Il n'en est pas moins vrai qu'il serait fort à désirer d'avoir un nombre suffisant de médecins légistes instruits, de façon à pouvoir dresser une liste assez longue à travers laquelle le choix des magistrats s'exercerait à l'aise.

Maintenant, M. Vibert a parfaitement raison de protester contre l'insuffisance de certains experts, désignés on ne sait trop comment ni pourquoi.

Il y a un an ou deux, un médecin venait me trouver pour me dire qu'un juge d'instruction voulait lui confier des affaires, mais que, n'ayant jamais pratiqué d'autopsie de sa vie, il me demandait de vouloir bien lui montrer « comment ça se faisait ».

Cette démarche faisait honneur à ce confrère, mais il aurait parfaitement pu n'avoir pas de scrupules, et aller de l'avant. On voit ce qui en serait presque certainement résulté. C'est dans des conditions analogues de choix et de capacité qu'un expert — le fait est présent à nos mémoires — conclut à un empoisonnement, alors qu'il s'agissait d'une colique hépatique.

M. *Constant*. — A propos du relèvement du tarif des experts, que demande très justement la troisième conclusion du rapport de M. Horteloup, je crois qu'il y aurait lieu de dire que les médecins-experts seront autorisés à présenter à la taxe un nombre de vacations supérieur au chiffre réel, pourvu que le travail produit par eux justifie cette surélévation. Tel expert très capable peut faire en trois heures une besogne de dix ou douze heures et il est injuste de le taxer à l'horloge. Bien entendu, il devrait s'en rapporter à l'équité des magistrats, qui apprécieraient le bien fondé de son chiffre de vacations, mais enfin on peut compter que cette équité ne ferait pas défaut.

J'ajoute que ce que je propose là pour les experts au criminel se pratique pour les experts au civil, et tout le monde s'en trouve bien.

M. *Motet*. — Tout en remerciant M. Constant de l'idée qu'il émet relativement au relèvement des tarifs des médecins experts, je dois faire observer que la Commission a volontairement évité de préciser dans quelle mesure ce tarif devrait être relevé. Elle s'est contentée, et elle devait se contenter de dire : 1° Il faut reviser le tarif de 1811; 2° il faut relever les honoraires. Voilà tout. Si nous entrions dans le détail sur un point, il faudrait y entrer pour d'autres. C'est une toute autre affaire et le mieux serait de renvoyer à une autre commission la proposition de M. Constant.

J'ajouterai que j'ai eu à examiner, pour un rapport à l'Association générale des médecins de France, tous les vœux émis pour le relèvement du tarif des honoraires des médecins légistes. Assurément, il y a des divergences, mais d'une façon très générale le relèvement, que l'on demande est extrêmement modeste. Il témoigne d'un véritable désintéressement de la part du corps médical pris dans son ensemble, et il ne sera pas bien difficile, je crois, ni trop coûteux, de donner satisfaction à tout le monde.

M. *Descoust*. — Le paragraphe 2 de la conclusion IV du rapport de M. Horteloup dit qu'il est nécessaire (pour sauvegarder les intérêts de la justice et ceux des accusés) d'instituer un diplôme, quels avantages lui donnerez-vous en échange ? quelles compensations ? On nous dit qu'on ne peut pas limiter la liste des experts, comme le demande M. Vibert. Mais alors, si nous restons au système de la liste illimitée, le médecin diplômé spécialement pour la médecine légale ne sera guère plus avancé qu'un autre. Et puis, la liste illimitée conduit presque forcément, par l'enchaînement des choses, à la grève des médecins légistes.

En somme, je crois qu'il ne faudrait pas voter sans un examen approfondi cette conclusion IV du rapport de M. Horteloup, d'autant qu'elle est en dehors de la question en litige : droit de réquisition des médecins-experts par la justice.

M. *Horteloup*. — Sans cette conclusion IV notre rapport eût été simplement la réédition d'un rapport antérieur de M. Chaudé. Aussi a-t-il paru nécessaire à la Commission d'élargir un peu la question.

M. *Brouardel*. — Il avait été, en effet, formellement entendu que la Société devait aborder la question de l'organisation de la médecine légale.

A propos de ce qu'a dit M. Descoust, — et, au début de la séance, M. Vibert, — je ferai remarquer que la médecine légale ne doit pas être considérée comme une carrière, au sens pratique du mot. En dehors de Paris et de Lyon — et encore ? — ce serait une grosse illusion de s'imaginer qu'on peut en vivre. Il ne faut donc pas tabler là-dessus. En outre, au point de vue de la considération du médecin judiciaire, il est bon que l'on sache que, s'il cesse de plaire à la justice, il a une autre corde à son arc, celle de la clientèle ordinaire.

L'intention de M. Constant est des plus louables, mais j'ai grand'peur que le système d'appréciation de nos honoraires qu'il propose ne représente pour nous un de ces présents qu'il faut redouter et repousser. Je crois, en effet, que beaucoup de médecins seraient extrêmement gênés, pour ne pas dire humiliés, d'avoir à discuter leurs honoraires avec les magistrats et de s'entendre dire : « Vous estimez votre travail à tant de vacations. Nous, nous l'estimons seulement à tant. »

Assurément, le relèvement du tarif de nos honoraires s'impose. Ce tarif est impertinent, suivant l'expression de M. Béranger. Donc il faut le réformer. Gardons-nous, cependant, de croire que le véritable nœud de la question est là, admettons qu'on élève de 25 %, de 50 % si on veut — et ça n'est pas prouvé du tout — les honoraires du médecin légiste. Dans les très grandes villes, à Paris, à Lyon, par exemple, ce sera quelque chose pour les experts très occupés, mais ce sera une goutte d'eau pour les experts des petites villes, et ce sont ceux-là qui sont les plus nombreux, et les plus dignes d'intérêt.

A ce point de vue, ce qui vient de se passer en Belgique doit nous servir de leçon. Nos confrères Belges, avec la tenacité des Belges, ont protesté comme nous contre le tarif. Ils avaient trouvé humiliante pour eux l'amende de 5 francs à laquelle on les condamnait en cas de refus d'expertise. On leur a donné satisfaction... en décidant que dorénavant l'amende serait de 500 francs, chiffre très honorable, celui-là ! Pour ce qui est du tarif, on a relevé de vingt sous l'honoraire d'une autopsie dans les campagnes et on a rattrapé cette belle surélévation rurale par une diminution équivalente dans les villes.

Non, je le répète, la vraie question n'est pas là, et ce n'est pas une question de gros sous. En paraissant la réduire à cela, nous nous abaisserions d'abord, nous perdrions notre procès ensuite. Ce qui domine tout, c'est une organisation sérieuse de la médecine légale ; ce qui manque à la justice, ce sont des experts capables. Les magistrats s'imaginent volontiers qu'un docteur en médecine est un encyclopédiste pour tout ce qui touche à la médecine, y compris la médecine légale. Nous savons, nous, que c'est une grosse erreur, qu'on peut avoir fait d'excellentes études médicales et être un parfait ignorant en matière médico-légale.

Combien de médecins qui terminent leur scolarité sans avoir vu un pendu, peut-être même une membrane hymen ! Et l'aliénation mentale, cette très grosse affaire, ce très gros sujet d'embarras pour l'autorité administrative, en province surtout ? S'imagine-t-on qu'un étudiant connaît les fous pour avoir suivi un cours théorique, si bien fait qu'on le suppose, ou pour avoir vu défiler quelques types d'aliénation mentale au cours de la leçon ?

Et ainsi du reste. Au surplus, les médecins sont les premiers à se rendre compte de leur insuffisance à ce point de vue.

C'est surtout pour cela, et beaucoup moins pour l'insuffisance de l'honoraire, qu'ils redoutent ou qu'ils refusent de se rendre aux réquisitions de justice. Aussi lorsque le képi du gendarme apparaît à leur porte, après un crime ou une supposition de crime, la bonne a souvent la consigne de dire que le docteur n'y est pas ! Et cette attitude ne se comprend que trop quand on songe aux risques de tous genres auxquels est exposé un médecin en pareilles matières. Les médecins légistes les plus expérimentés ne sont pas toujours sur un lit de roses dans les affaires judiciaires. Qu'est-ce donc de ceux qui n'ont pas reçu l'instruction technique nécessaire ! Ils risquent de perdre toute leur situation, tout leur avenir dans une seule affaire, et, par surcroît, d'égarer la justice, de faire acquitter un criminel ou condamner un innocent.

Conclusion : travaillons à une bonne organisation de la médecine légale. Le reste viendra probablement par surcroît. »

— On passe au vote sur les conclusions du rapport de M. Horteloup qui sont toutes approuvées.

Une commission spéciale est ensuite nommée pour examiner les deux propositions suivantes de M. Constant et les questions de tarif qui pourront s'y rattacher.

1° Chaque année, les cours d'appel dresseront, sur l'avis des Facultés de médecine, une liste des experts ;

2° Tout médecin requis par la justice devra recevoir une rémunération proportionnelle au travail qu'il aura fourni.

Cette rémunération sera équitablement déterminée pour chaque affaire par le parquet.

En cas de difficultés, il en sera référé au tribunal, statuant en chambre du conseil.

J. Janicot.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Médecins du Havre.

RAPPORT SUR DEUX PROPOSITIONS DE LOI RELATIVES A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PRÉSENTÉ AU SYNDICAT DES MÉDECINS DU HAVRE,

par le Dr F. Leprévost, chirurgien de l'Hospice Général du Havre.

Au nom d'une commission composée de :
MM. les docteurs Gibert, Margueritte, de Lignerolles, Lausiès et Leprévost.

Nous reproduisons les passages les plus importants de ce rapport ; ils critiquent quelques-unes des dispositions du projet de loi *Chevandier*.

Nous les signalons à l'attention du Député de la Drôme.

III

AUTORISATION D'EXERCER TEMPORAIREMENT LA MÉDECINE.

Il importe d'autant plus que cette rigoureuse obligation soit inscrite dans la loi nouvelle que

les deux propositions qui vont être soumises à l'approbation des Chambres, contiennent une disposition excellente en soi, mais qui, à ce point de vue spécial, pourrait devenir la source d'abus regrettables : « *Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours, y est-il dit, les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée sont autorisés à exercer la médecine durant une épidémie ou en cas de remplacement d'un docteur ou d'un officier de santé. Cette autorisation délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable.* »

Cette disposition, de tout point justifiée par les besoins de la pratique, nous paraît excellente, mais à la condition que l'autorisation qu'elle confère d'exercer la médecine et qui donne un caractère légal à des errements jusqu'ici simplement tolérés, demeure tout à fait exceptionnelle et ne soit pas, par conséquent, indéfiniment prolongée pour le même étudiant.

En demandant donc la suppression de mots « *elle est renouvelable* », nous ajoutons qu'il serait profondément regrettable qu'à la faveur de cette modification à la loi actuelle, certains candidats au doctorat, arguant de services réels ou problématiques rendus en temps d'épidémie, pussent obtenir la dispense des baccalauréats exigés ou de certaines épreuves.

Nous pensons que l'auteur veut dire : « pussent exercer *indéfiniment* la médecine sans les derniers examens de doctorat, thèse et diplôme, les baccalauréats étant exigés au début des études. »

IV

RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Vous savez, Messieurs, combien la loi du 19 ventôse an XI, qui régit actuellement notre profession, s'est montrée indulgente et faible à l'égard de ceux qui pratiquent illégalement la médecine. A l'heure actuelle, les délits les plus patents, les plus regrettables, voire même les plus scandaleux n'entraînent guère pour leurs auteurs d'autre peine que l'application d'une amende de simple police dont le taux varie de 1 à 16 francs. Il y a là une lacune que les auteurs des deux projets de loi en ce moment à l'étude, se sont efforcés de combler.

Voici les articles proposés, en vue d'obtenir une répression plus en rapport avec l'importance sociale du délit commis, par M. Lockroy, dont la rédaction, pour diverses raisons, nous paraît mériter la préférence :

ART. 15. — Exerce illégalement la médecine : 1° toute personne qui n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé délivré conformément aux articles qui précèdent, ou de l'autorisation stipulée à l'art. 12, prend part au traitement des maladies et des affections médicales et chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils.

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7, 8 et 9 de la présente loi.

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 de la présente loi. (Nous faisons, sur ce point, des réserves basées sur l'exagération du titre imposé aux dentistes par le projet Lockroy, auquel nous préférons la disposition proposée par M. Chevandier et qui consiste à exiger un diplôme *spécial*, délivré, après examen, par un jury *spécial*.)

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qu'un médecin place auprès de ses malades.

ART. 16. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double, et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.

ART. 17. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titres, l'amende peut être élevée de 1,000 à 2,000 francs ; en cas de récidive, elle pourra être portée au double, et les *coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.*

Sans méconnaître les améliorations notables que l'adoption de ces différents articles apporterait à la situation actuelle, il y a lieu de se demander si le but poursuivi, c'est-à-dire la répression efficace de l'exercice illégal de la médecine, serait sûrement obtenu par les moyens proposés. Votre commission, après avoir longuement réfléchi à cette question, la plus importante et la plus difficile de toutes celles qui lui étaient soumises, a été amenée à émettre, à cet égard des doutes et des inquiétudes dont j'ai le devoir de vous exposer les motifs.

L'exercice illégal de la médecine n'est pas seulement le moins puni de tous les délits, il en est aussi le plus insaisissable et le moins souvent poursuivi.

Il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur le tableau suivant où figurent toutes les poursuites exercées dans l'arrondissement du Havre, depuis l'année 1880, pour exercice illégal de la médecine.

Année 1880	6	affaires.
— 1881	2	—
— 1882	3	—
— 1883	1	—
— 1884	1	—
— 1885	»	—
— 1886	»	—
— 1887	1	—
— 1888	1	—
— 1889	1	—

En tout 16 affaires, pendant un espace de 10 années, soit une moyenne par an de 1,6 de poursuites, pour un délit qui se commet, tant clandestinement que publiquement, des centaines de fois par jour ! D'autre part, la moyenne des condamnations prononcées contre chacun des inculpés ayant été de 16 francs d'amende, l'on peut conclure que la quasi-certitude qu'ont les délinquants de n'être pas poursuivis, tout autant que la bénignité du châtiment auquel ils s'exposent, tend à multiplier à l'infini un délit si mal et si peu réprimé.

Une circonstance récente, dont vous n'avez cer-

tainement pas perdu le souvenir, nous a fourni de ce fait une preuve des plus démonstratives. Dans un rapport détaillé, soumis à l'approbation préalable de notre excellent conseil judiciaire, le Syndicat des médecins du Havre exposait à M. le Procureur général près la cour de Rouen les plaintes de certains malades qui, abusés par des réclames mensongères, s'étaient adressés à des personnes exerçant illégalement la médecine et avaient été ou blessés grièvement ou indignement exploités.

Laissant de côté les sorciers et les rebouteux qui exercent *clandestinement* la médecine, nous appelions l'attention du parquet sur cette multitude de faux-médecins qui semblent se désigner eux-mêmes à l'action de la justice, en ne craignant pas de recourir, pour assurer le succès de leur consultations illégales, aux moyens de publicité dont usent les plus licites entreprises du commerce et de l'industrie.

Ces médicastres peuvent être divisés en deux catégories. Les uns, dépourvus de toute espèce de diplômes professionnels, empruntent, pour augmenter leur crédit, à des sociétés savantes plus ou moins imaginaires, des titres pseudo-scientifiques. Les autres, plus nombreux, ne sont pas aussi complétement étrangers à l'art médical. Ce sont des pharmaciens, des bandagistes, des herboristes ; ce sont surtout des sages-femmes, qui,loin de se cantonner dans les attributions purement obstétricales que leur confère la loi, se livrent aussi à la pratique de la médecine et de la chirurgie, plus particulièrement en ce qui concerne les maladies des femmes, au traitement desquelles leur études ne les ont cependant nullement préparées.

Toute une collection de journaux, d'indicateurs de prospectus annoncant la nature des maladies illicitement traitées, la date, les heures et les lieux des consultations, était annexée à ce rapport, qui, revêtu de l'approbation du président de l'Union des syndicats, c'est-à-dire du représentant de la majorité des médecins de France, fut remis, par les soins du président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure, entre les mains de M. le Procureur général.

On pourrait croire qu'une requête aussi justifiée, aussi puissamment appuyée, fut immédiatement suivie d'effet et que satisfaction fut donnée aux réclamants. Il n'en fut rien.

M. le Procureur général voulut bien recevoir le rapport du Syndicat des médecins du Havre avec un intérêt que justifiaient suffisamment la gravité des faits exposés et la haute approbation dont ce document était doublement revêtu. Mais il exigea qu'une plainte régulière lui fût officiellement adressée soit par les victimes, soit par les médecins confidents de leurs doléances, et nous devons dire qu'à sa place tout autre magistrat eût agi comme lui, et soulevé les mêmes objections juridiques.

Or, cette formalité, que tous les parquets exigent aujourd'hui avant de suivre une affaire et qui demeurera indispensable, même après l'adoption des projets de loi actuels, n'a pu que rarement être remplie jusqu'ici.

Dans l'avenir, elle ne pourra pas l'être davantage, d'une part, parce que les médecins ou associations de médecins, en supposant qu'ils soient admis à intenter une action civile qui sera pour eux l'occasion d'une perte de temps considérable et d'ennuis de toutes sortes, auront toujours le plus grand mal à recruter et produire des témoins qui sans cesse se déroberont ; d'autre part, parce que les victimes elles-mêmes se refuseront le plus souvent à apporter le témoignage indispensable à toute action judiciaire. Et, il faut bien le dire, leur réserve s'explique aisément. Car si la crainte d'exposer à la risée et à la malignité publiques la preuve de leur crédule naïveté ne suffisait à leur fermer la bouche, ils se verraient encore contraints au silence par l'impossibilité d'étaler au grand jour de l'audience les maladies ou les misères secrètes pour lesquelles, en grand mystère ils auront eu recours aux charlatans.

C'est pourquoi le silence volontaire des principaux intéressés, en paralysant l'action de la justice et la bonne volonté des magistrats du parquet, assurera, dans l'avenir, l'impunité des délits sur l'exercice de la médecine, comme il a, dans le passé donné à ceux qui sont coutumiers de ces mêmes délits, une assurance et une sécurité telles, qu'ils semblent jouir aujourd'hui de la tolérance officielle et que, pour ne citer qu'un exemple, le traitement des maladies utérines semble légalement tombé dans le domaine professionnel des sages-femmes.

Si donc, pour ces raisons diverses, les délits sur l'exercice de la médecine échappent le plus souvent à la connaissance des tribunaux, et par conséquent à tout châtiment, l'aggravation des peines édictées par la loi en préparation manquera son but, car il n'y aura pas dans l'avenir plus de poursuites que dans le passé. La seule différence résidera dans l'aggravation des peines encourues. Le but sera-t-il atteint ? Nous ne le pensons pas.

Il en serait tout autrement, si la loi nouvelle, prévoyant l'impossibilité presque constante où se trouvent les magistrats de faire la preuve *a posteriori*, considérait, non pas simplement comme un élément intentionnel de délit, mais bien comme un *délit véritable*, la publicité donnée par voie d'affiches, d'annonces ou de réclames, aux consultations illégales.

Atteints dans leur principal moyen de propagande, les empiriques, les faux médecins, les sages-femmes sans scrupules, qui sont plus souvent les complices que les médecins de leurs clientes, verraient diminuer leur clientèle où les naïfs ne sont pas toujours en majorité.

L'intérêt social se trouve ici en accord parfait avec nos intérêts professionnels, et c'est pourquoi nous vous prions, Messieurs, de donner votre approbation aux additions suivantes, que nous serions heureux de voir introduire dans la loi en préparation et qui portent sur les articles 15 et 16 du projet Lockroy :

Art. 15. — 1°..... 2°..... 3°..... 4°..... 5°..... *Est considéré comme exerçant de fait illégalement la médecine et passible des mêmes peines toute personne qui, dépourvue du titre exigé par la loi, ou sortant des attributions que ce titre lui confère, fait connaître au public par voie d'annonces, d'affiches ou de réclame qu'elle traite certaines maladies.*

Art. 16. — 1°..... Si le coupable est un officier de santé, un pharmacien, un dentiste ou une sage-femme, il pourra être frappé, en outre, de la suppression temporaire de l'exercice de son art.

REPORTAGE MÉDICAL

— Le *Traité pratique d'antisepsie* par MM. *Le Gendre, Barette* et *Lepage*, qui avait été l'objet d'une citation honorable à l'Académie des Sciences (prix Montyon), vient d'être récompensé d'une somme de 1500 fr. par la Faculté de médecine (prix Chateauvillard).

— Nous voilà en présence d'un renversement ministériel. Nous faisons des vœux pour que le maintien des *services d'assistance* ait lieu au *ministère de l'intérieur* et que les grandes espérances que le corps médical a fondées sur la situation de M. *Henri Monod* ne viennent pas à être déçues.

— *Cours à l'usage des médecins aides-majors de la réserve et de l'armée territoriale.* — Nous rappelons à nos lecteurs que le cours du Dr P. Bouloumié, sur les matières inscrites au programme de l'examen pour l'obtention du grade de médecin-major a commencé le *lundi 17 mars*, à *4 heures 1/2*, au Siège de l'Union des Femmes de France, 29, Chaussée d'Antin, et y sera continué tous les *Lundis et Vendredis*, à la même heure. Le cours peut être suivi par les jeunes médecins aspirant au grade de médecin aide-major de 2e classe et par MM. les étudiants aspirant au grade de médecin auxiliaire.

BIBLIOGRAPHIE

Droit médical ou CODE DES MÉDECINS, Docteurs, Officiers de santé, Sages-femmes, Pharmaciens, Vétérinaires, Etudiants, etc., par MM. LÉCHOPIÉ, avocat à la cour de Paris, et le Dr FLOQUET, médecin du Palais de Justice, licencié en droit, avec préface de M. le professeur BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Un fort volume in-18 jésus, 1890. Prix fort : 6 fr. (On peut demander l'ouvrage à la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.)

Ce livre arrive fort à propos et vient combler une véritable lacune. En effet, tandis que jamais les questions relatives aux médecins n'ont plus vivement préoccupé l'opinion, la presse et les pouvoirs publics, d'un autre côté, cette matière n'avait encore été l'objet d'aucun traité d'ensemble, spécial et complet, comme l'est celui de MM. Léchopié et Floquet.

Il renferme non seulement ce qui concerne l'exercice de la médecine et des autres arts similaires : (*Secret professionnel, Responsabilité, Droit de réquisition, Exercice légal et illégal, Médecins des colonies, Médecins et étudiants étrangers, Syndicats professionnels médicaux, Dentistes, Auristes, Magnétiseurs, Certificats, Assurances sur la vie, Expertises, Déclaration des naissances et décès, Avortements, Incapacité de recevoir, Honoraires, Vente de clientèle, Patente, Aliénés, Protection de l'Enfance, Régime sanitaire, Eaux minérales, Substances vénéneuses, Remèdes secrets, Codex, Académie de médecine, Service de santé des armées de terre et de mer, Infirmités qui exemptent du service, Nouvelle législation militaire*, etc.), mais encore tout ce qui a trait à l'enseignement (*Facultés, Ecoles de plein exercice, Ecoles préparatoires, Ecoles supérieures de pharmacie, Ecole de la maternité ; Ecole du service de santé militaire ; Ecole de médecine navale ; Ecoles vétérinaires ; Inscriptions ; Etudes ; Travaux pratiques ; Stage ; Internat et Externat des hôpitaux ; Concours ; Examens ; Formalités à remplir et droits à payer*, etc.).

Ce livre est divisé en deux parties, la première contenant les explications et commentaires à l'appui desquels les auteurs citent soigneusement les innombrables décisions rendues par les cours et tribunaux, écartant les phrases et les longueurs inutiles, pour s'attacher à donner, avant tout, des solutions nettes et précises. La deuxième partie qui vient, en quelque sorte, compléter et contrôler la première, renferme, dans l'ordre logique des matières, les textes mêmes des lois, ordonnances, décrets et règlements qui concernent l'enseignement et l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire, civils et militaires, que, jusqu'à ce jour, personne n'avait encore réunis ainsi.

Il n'existe aucun ouvrage qui s'adresse, de la sorte aux étudiants et aux praticiens. C'est assez dire que celui-ci a sa place marquée dans la bibliothèque des uns et des autres, et qu'il sera désormais leur *vade mecum*, car on y trouve tous les renseignements et documents officiels que l'on ne peut, sans péril, se dispenser d'avoir à tout instant sous la main.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que le livre de MM. Léchopié et Floquet est le seul qui soit dû à la collaboration du jurisconsulte et du médecin. « Deux hommes, dit M. le professeur Brouardel, dans la préface, se sont réunis : l'un médecin habitué aux pratiques médicales, initié aux aspirations de notre corporation ; l'autre, imbu de la Science du droit, maître en l'art de discerner le sens général des décisions judiciaires. Ils ont, à notre avis, réussi à présenter une œuvre qui sera plus facilement consultée par les médecins..... ».

On le voit, tout contribue à expliquer l'accueil si favorable que cette œuvre essentiellement nouvelle, pratique et utile a déjà trouvé auprès du public et dans la Presse.

Comme le disait récemment le célèbre avocat M. Demange, vice-président de la Société de Médecine légale de France, dans un article publié par le *Droit, journal des Tribunaux*, « il faut conclure par un remerciement à MM. Léchopié et Floquet, qui peut se traduire ainsi : Ce livre était à faire. Il est fait. »

F. A.

Le Congrès international d'Hygiène et de Démographie à Paris en 1889, Compte rendu publié par le Secrétariat Général du Congrès, vient enfin de paraître. C'est un magnifique volume in-8° de 1300 pages. Prix : 15 fr., remise de 20 % à MM. les membres du Concours médical. Document unique, ce livre renferme, traitées magistralement, les questions suivantes : Hygiène de l'enfance. Hygiène urbaine et rurale. Du service des eaux alimentaires dans les campagnes. L'Epidémiologie. L'Hygiène industrielle et professionnelle. L'Hygiène internationale et police sanitaire. L'Hygiène alimentaire. La Démographie. La Crémation. La Bactériologie, etc.

Paru également : *Congrès international de Sauvetage*. Prix : 4 fr.

Congrès monétaire international, 1 volume in-8° de 500 pages. Prix : 7 fr. 50.

NOTA. — La Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, est l'éditeur de presque tous les Congrès (seul compte rendu in extenso).

Les trois républiques et les trois Carnot, beau vol. illustré de nombreuses gravures et portrait. Prix : 6 fr. broché. 8 fr. relié (20 % de remise).

Histoire anecdotique de la Révolution Française, par Jean Bernard, avec une préface de Jules Claretie, deux volumes : 1789-1790. L'auteur de l'Histoire anecdotique de la Révolution s'attache à rendre le mouvement, l'accent, l'atmosphère et comme l'odeur d'orage de la révolution. Prix de chaque volume in-18 de 400 pages : 3 fr. 50.

Grippe ou influenza, par le Dr H. Cézilly fils. Prix : 2 fr. Nous analyserons cette intéressante brochure dans notre prochaine revue bibliographique.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr LEBLANC, de Nantes, présenté par le docteur Dehilotte, de la Basse-Indre.

M. le Dr BERNEAUDEAUX, de Nantes, présenté par le docteur Porson, de Nantes.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 13 | 29 Mars 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'antisepsie et les sages-femmes.

L'Académie a voté récemment, on s'en souvient, les conclusions d'un rapport de M. Budin sur la faculté donnée aux sages-femmes de prescrire des antiseptiques. Le sublimé acidifié avait été choisi. On avait réservé seulement le choix de la matière colorante. La commission a proposé et l'Académie vient d'adopter le bleu, les liquides bleus ne pouvant être confondus avec aucune boisson — confusion qui serait la cause la plus fréquente d'accidents.

La matière colorante est une solution alcoolisée de carmin d'indigo, à 5 %. Le mélange de sublimé et d'acide tartrique imprégné d'une goutte de cette solution ne devient que très peu humide, il se dessèche rapidement par l'agitation et prend une teinte bleuâtre bien accentuée.

La formule antiseptique est donc la suivante :

Sublimé corrosif........	0 gr. 25 centigr.
Acide tartrique..........	1 gr.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 %	1 goutte.

Mêler et réduire en poudre impalpable ; cette dose est à dissoudre dans un litre d'eau.

La vaccine obligatoire à la Réunion.

La variole a fait à diverses reprises de grands ravages dans nos colonies de la Cochinchine et de la Réunion. M. Rochard a raconté combien l'obligation de la vaccination avait été avantageuse pour la première. M. Hervieux a rédigé un rapport qui conclut à encourager et au besoin prescrire la création d'un office de vaccine animale, qui serait d'un puissant secours pour la propagation de la vaccine et l'atténuation des épidémies varioliques ; autoriser l'exécution du décret projeté, toutes réserves étant faites sur certaines dispositions dudit décret ; si l'ajournement du projet était définitif, rappeler à l'administration locale que, aux termes de la loi d'organisation municipale du 5 avril 1884, les corps municipaux et les maires ont, entre autres fonctions, celle d'assurer la salubrité, de prévenir et d'arrêter les épidémies et les maladies contagieuses, et, par conséquent, d'organiser, comme on l'a fait maintes fois en Kabylie et au Tonkin, les vaccinations et les revaccinations obligatoires ; dans les cas où les pouvoirs municipaux négligeraient, en présence d'une menace d'épidémie ou d'une épidémie confirmée, d'appliquer les lois existantes, le pouvoir central, représenté dans la colonie par le gouverneur, devrait imposer la pratique des vaccinations et des revaccinations.

Le pouls du voile du palais et de la luette dans l'insuffisance aortique.

On connaît l'existence dans certains cas d'insuffisance aortique du phénomène appelé « pouls capillaire visible », frontal ou sous-unguéal, que M. Ruault a bien étudié dans sa thèse. Après Fr. Mueller, M. *Merklen* signale (*Gazette hebdomadaire* n° 11) un phénomène qui mérite d'en être rapproché.

A l'état normal, il n'existe du côté du voile du palais aucun battement artériel appréciable par la simple inspection de la gorge. Dans l'insuffisance aortique, Friedrich Mueller a observé des pulsations rythmiques du voile du palais dont la signification et la pathogénie seraient les mêmes que celles du pouls capillaire. Le phénomène a d'abord été constaté chez une malade atteinte d'insuffisance aortique et d'une angine intercurrente : chez cette malade, on voyait, à chaque pulsation carotidienne, les amygdales et les piliers se soulever comme pour se rapprocher de la ligne médiane, pendant que le bord libre du voile et la luette s'abaissaient par un mouvement rythmique ; il en résultait à chaque battement un rétrécissement passager de l'isthme du gosier et en même temps une augmentation momentanée de la rougeur de la muqueuse. L'angine une fois guérie, ces pulsations persistèrent, quoique diminuées. Mueller retrouva cette particularité dans

trois autres cas d'insuffisance aortique ; elle manquait chez trois malades. En résumé, elle a été constatée quatre fois sur sept.

Mueller a observé le même phénoméne chez un malade de son service, atteint d'une double lésion mitrale et aortique avec une hypertrophie très marquée de l'oreillette et du ventricule gauche. Le diagnostic d'insuffisance aortique est attesté par un souffle diastolique se propageant le long du bord droit du sternum et par divers signes secondaires, tels que le double souffle crural de Durosiez, le pouls capillaire sous-unguéal, signes auxquels s'ajoute le pouls de la luette et des piliers. Ce pouls est surtout perceptible avec une grande netteté du côté de la luette où l'on observe un gonflement rythmique synchrone avec les pulsations radiales et carotidiennes.

Bien que ce phénomène n'ait et ne puisse avoir qu'une importance très accessoire en clinique, il ne sera pas sans intérêt de le rechercher. Mueller ne l'a observé que dans l'insuffisance aortique. Toutefois, il n'est pas constant, puisque F. Mueller n'a pu le trouver chez trois malades atteints, l'un d'une insuffisance aortique légère, deux autres d'une insuffisance aortique compliquée de rétrécissement aortique et mitral. Au point de vue pathogénique, F. Mueller rejette l'hypothèse inadmissible d'un simple mouvement transmis par les battements carotidiens, et admet que le pouls du voile du palais se produit de la même manière que le pouls capillaire visible aux ongles des doigts ou au niveau des taches vaso-motrices.

La septicémie typhoïde, infection par le bacille typhique sans lésions intestinales.

La fièvre typhoïde, que, depuis Louis, nous sommes habitués à considérer comme indissolublement liée à des lésions ulcéreuses des follicules clos et des plaques de Peyer de l'intestin (d'où son nom de dothiénentérie), ne peut-elle pas exister avec le même cortège symptomatique, la même évolution fébrile cyclique sans altérations intestinales ? Cette idée, qui eût été rejetée il y a quelques années, n'a plus rien d'inacceptable depuis l'acquisition des connaissances récentes sur la nature de l'infection typhique.

Deux confrères militaires, MM. *Vaillard* et *Vincent* viennent de communiquer à la Société des hôpitaux un cas de maladie infectieuse dans laquelle ils ont trouvé deux microbes, le bacille typhique et le streptocoque, sans que le malade ait eu de lésions intestinales.

Voici quelle avait été la marche clinique de ce cas. Un jeune soldat convalescent d'une grippe légére présente successivement une céphalalgie violente, de grandes douleurs lombaires, une excitation cérébrale avec température de 40°, une épistaxis trés abondante ; bientôt après, coma vigil avec anesthésie complète, contracture de la nuque et des muscles du pharynx ; constipation absolue. La mort survient le dixième jour après une courte détente des accidents cérébraux. A l'autopsie, on constate une congestion générale et en certains points de l'œdème des méninges cérébrales et spinales. Congestion pulmonaire. Tuméfaction et ramollissement de la rate, qui pèse 480 gr. Aucune altération de l'intestin.

Des cultures sur différents milieux, notamment sur la pomme de terre, ayant été faites avec la pulpe splénique, le sang du poumon, des fragments de moelle, de bulbe et de protubérance, révèlent un bacille mobile, morphologiquement semblable au bacille typhique, décrit par Eberth, Gaffky, Chantemesse et Widal.

Outre ce bacille, on a trouvé dans la rate et l'exsudat méningé le streptocoque que M. Vaillard a signalé déjà dans les cas de grippe mortelle. Le malade avait donc succombé à une infection mixte par streptocoque et bacille typhique.

M. Vaillard admet que la fièvre typhoïde a évolué ici sans son cortège habituel de symptômes et de lésions. Pourquoi l'infection typhoïde ne pourrait-elle pas exister sans se traduire par les signes et les localisations intestinales décrits par Louis et ses successeurs ? — Banti a rapporté un cas d'iléo-typhus sans lésions appréciables de l'intestin, mais avec constatation des bacilles typhiques dans la rate et les ganglions mésentériques. Adenot a cité un fait de méningite sans altérations intestinales, avec présence dans l'exsudat méningé d'un bacille qu'il a identifié, sans preuve absolue, il est vrai, avec le bacille typhique.

M. Vaillard a donc le droit de penser que dans certains cas le bacille typhique peut déterminer une infection mortelle sans produire les lésions considérées comme pathognomoniques de la fièvre typhoïde. Il peut alors se localiser sur des organes différents et de ces diverses localisations naîtront des formes cliniques singulièrement distinctes des formes classiques. Il pourra même exister des cas si frustes que le diagnostic ne pourra être fait que par l'exploration bactériologique de la rate et des autres organes.

Dans la discussion qui a suivi la communication de MM. Vaillard et Vincent, M. Netter dit qu'on connaissait jusqu'à ce jour cinq observations de méningite avec bacille semblable à celui de la fièvre typhoïde, mais la ressemblance morphologique ne suffit pas pour affirmer l'identité entre ces microbes et il serait bien désirable qu'on découvrît une caractéristique du bacille d'Eberth moins sujette à controverse que l'aspect des cultures sur pommes de terre.

M. *Guyot* a raconté qu'il avait eu récemment dans son service un malade pour lequel le diagnostic rationnel était méningite cérébro-spinale et dont la seule lésion était une petite ulcération d'une plaque de Peyer.

M. *Chantemesse* n'hésite pas à souscrire au diagnostic de MM. Vaillard et Vincent et il se base sur des raisons tirées : 1° des résultats expérimentaux ; 2° de l'étude de la fièvre typhoïde des fœtus ; 3° de l'existence de fièvre typhoïde grave avec des lésions intestinales insignifiantes.

1° Dans son mémoire avec M. Widal, M. Chantemesse a montré que chez les animaux l'inoculation du bacille d'Eberth fraichement retiré du corps humain reproduit non pas l'image fidèle de la fièvre typhoïde de l'homme, mais une septicémie capable d'être atténuée. Chez les malades de Banti, de MM. Vaillard et Vincent, on retrouve la septicémie typhoïde des animaux.

2° En 1887 les auteurs avaient trouvé le bacille typhique dans le placenta d'une femme ayant avorté au cours d'une fièvre typhoïde ; ils avaient obtenu expérimentalement chez le cobaye le passage des germes de la mère au fœtus.

Derniérement, sur un fœtus de six mois dont la mère avait avorté pendant la période d'état d'une fièvre typhoïde, ils ont trouvé le bacille typhique

à l'état de pureté dans la rate, le foie, le sang du cœur, sans aucune altération de l'intestin.

Dans trois autres cas, Reber et Neuhaus, Eberth ont aussi trouvé le bacille typhique dans les organes de fœtus expulsés pendant la fièvre typhoïde de la mère, sans lésion de l'intestin.

Donc, en pareil cas, il s'agit d'une vraie septicémie engendrée par pénétration directe du bacille dans le sang du fœtus.

3° Dans un fait clinique recueilli à l'Hôtel-Dieu annexe (service de M. Chantemesse), un malade avait présenté la fièvre, les taches rosées, la tuméfaction de la rate, les complications pulmonaires. A l'autopsie on constata la rate volumineuse, le foie gros, une broncho-pneumonie double et pour toute lésion intestinale *une* seule ulcération *lenticulaire* près de la valvule iléo-cœcale. Le bacille typhique pullulait dans les organes. On peut bien admettre que cette lésion intestinale insignifiante eût pu faire défaut sans rien changer à l'allure clinique de la maladie.

Donc, si l'infection typhique produit presque toujours chez l'homme des lésions intestinales, par exception celles-ci peuvent faire défaut. De même l'expérimentation a prouvé que l'injection du bacille tuberculeux dans le sang peut déterminer une infection générale sans tubercules visibles à l'œil nu. MM. Widal et Chantemesse ont démontré que le streptocoque qui, en général, fait du pus, peut produire aussi une septicémie puerpérale sans purulence.

Traitement abortif de la blennorrhagie.

M. le Dr *Malécot* vient de faire à la Société de médecine pratique une communication destinée à remettre en honneur le traitement abortif de la blennorrhagie. Après 7 ans d'expérimentation, il s'est arrêté : 1° à l'emploi répété de solutions faibles de nitrate d'argent mises en contact avec tout l'urèthre antérieur au moyen de la sonde à instillation ; 2° à l'application pratique des procédés antiseptiques.

M. Malécot considère les solutions fortes de nitrate d'argent comme dangereuses si leur emploi est répété plusieurs jours de suite, car elles provoquent souvent des écoulements de sang et il y a tout lieu de craindre que leur action trop énergique ne compromette ultérieurement l'élasticité du canal. D'autre part, avec la seringue à piston on s'expose ou bien à forcer le sphincter uréthral et à injecter inutilement le caustique dans la vessie, ou à pousser trop mollement et alors ne point atteindre toute la partie envahie de l'urèthre. Mieux vaut se servir de l'instillateur à boule olivaire que l'on conduit jusqu'au sphincter musculaire qui sépare l'urèthre antérieur de l'urèthre postérieur. La sensation de résistance spéciale qui est alors perçue sert de point de repère et indique que la sonde est arrivée assez loin. La blennorrhagie simple n'envahit généralement que l'urèthre antérieur et s'arrête au sphincter, mais comme il est impossible de savoir à quelle limite précise de l'urèthre antérieur cesse la contamination, il y a tout avantage à mettre le liquide antiseptique en contact avec tous les points susceptibles d'être envahis.

Ceci établi, M. Malécot fait uriner le malade, lave son canal avec une solution faible d'acide borique et injecte presque tout le contenu de la seringue à instillation remplie, le premier jour, d'une solution de nitrate d'argent au 1/50 et les jours suivants d'une solution au 1/100 ou même au 1/150. Le méat étant fermé par la pression du gland entre le pouce et l'index de la main gauche, on laisse la solution en contact avec l'urèthre antérieur ainsi baigné dans toute son étendue pendant une durée moyenne de deux ou trois minutes, durée moins longue pourtant si, comme il arrive souvent, le malade accuse très vite une sensation douloureuse de cuisson. L'injection rejetée, il survient presque toujours sur le trajet du canal et même au niveau de l'anus une douleur légère qui disparaît après quelques minutes, mais peut se prolonger jusqu'à la première miction, laquelle est toujours un peu douloureuse. Dans la journée le malade constate un écoulement, blanc crémeux si la solution était très diluée, rosé ou même sanguinolent si elle était plus concentrée. Il y a à cet égard tant au point de vue de la douleur que de la prédisposition aux hématuries, des susceptibilités individuelles absolument inexplicables et que rien ne peut faire prévoir *a priori*. Il faut toutefois recommander au patient de ne point chercher à s'assurer de l'état de son canal en exerçant sur celui-ci des pressions réitérées. On sait combien les blennorrhagiques sont constamment préoccupés de leur état ; dès qu'ils se trouvent seuls, au commencement de la miction, avant de se coucher ou à peine réveillés, ils veulent faire sourdre la goutte révélatrice et à mainte reprise pressent sur leur canal d'arrière en avant : ils contusionnent ainsi et font saigner leur muqueuse uréthrale fraîchement dénudée par le nitrate d'argent.

M. Malécot combat le préjugé fort répandu qui attribue au nitrate d'argent l'inconvénient de déterminer des rétrécissements. Il estime que c'est là une erreur, au moins en ce qui concerne les solutions légères qui restent aussi inoffensives que les substances réputées les plus anodines. Leur action irritante est de courte durée et n'intéresse que la couche épithéliale de la muqueuse. En dehors du traumatisme, la cause efficiente par excellence du rétrécissement, c'est la persistance de l'inflammation blennorrhagique et sa propagation à tous les éléments anatomiques de l'urèthre.

En même temps que le médecin pratique les injections de nitrate d'argent au 1/50 et au 1/100 il doit prescrire au malade des lavages de l'urèthre avec une solution antiseptique. Ces lavages, qui empêchent la stagnation du pus dans l'intervalle des mictions, sont faits avec la seringue ordinaire et *à canal ouvert ;* ils sont inoffensifs, car ils n'atteignent point la région bulbaire. Au contraire, les injections à canal fermé sont dangereuses ; les malades les font mal et, poussées trop fortement, elles peuvent forcer le sphincter uréthral, entraîner le pus dans la région prostatique et provoquer une cystite du col avec toutes les complications de l'uréthrite postérieure.

La solution à injecter doit être à la fois inoffensive pour la muqueuse enflammée et puissamment antiseptique. Sous ce rapport, le permanganate de potasse, la résorcine et les sels de mercure viennent en première ligne.

Le permanganate de potasse est légèrement douloureux et a le grand inconvénient de tacher le linge. La résorcine, qui n'est point douloureuse, s'altère rapidement et doit être conservée à l'abri de la lumière dans un flacon noir hermé-

tiquement fermé. Le sublimé est très actif, mais douloureux si on ne se sert point d'une solution au 1/10000 ou mieux au 1/20000.

M. Malécot a obtenu d'excellents résultats avec le salicylate de mercure employé à la dose de 0,05 centigr. pour 100 grammes et à une température de 30 à 40° ; c'est un antiseptique puissant et qui a le grand avantage de ne point provoquer de douleur.

On doit exiger une antisepsie aussi rigoureuse que possible du prépuce et du gland. Le malade devra les laver plusieurs fois par jour avec une solution faible d'acide borique ou de sublimé et maintenir un petit tampon de coton antiseptique sous le prépuce, au-devant du méat, tampon qui sera remplacé aussitôt qu'il aura été souillé par le pus. Sans ces précautions, on s'expose à une réinoculation sur place dans la même journée ou la nuit suivante. Beaucoup de sujets ont en effet un prépuce long qui se plisse comme une bourse au-devant du gland, collectant les sécrétions de l'urèthre, la miction ne balaie qu'incomplètement ces produits qui restent ainsi partiellement accolés à la face interne du prépuce et par conséquent en contact permanent avec l'embouchure de l'urèthre.

Quant au classique suspensoir, s'il est excellent en cas d'orchite pour soutenir un testicule devenant trop pesant, il ne sert guère dans la blennorrhagie simple qu'à produire la sensation d'une corde pressant désagréablement le périnée.

Pour réaliser l'antisepsie médicale, M. Malécot prescrit dès le premier jour, le santal à la dose de six à huit capsules. Les balsamiques sont germicides ; ceux qui ne le sont pas *in vitro*, le copahu, par exemple, donnent naissance, dans l'économie, à des dérivés qui le deviennent. Oppenheimer a constaté que l'urine émise après l'absorption de deux grammes de copahu stérilisait les fils de soie chargés de microbes.

A l'imitation du regretté Dreyfous, récemment, M. Malécot a employé le salol à la dose de six grammes par jour.

En s'astreignant à toutes les précautions précitées, on obtient souvent, et toujours sans danger, dit M. Malécot, l'avortement d'une blennorrhagie nettement confirmée, alors même que l'écoulement est abondant et remonte à trois ou quatre jours. Il n'y a lieu de renoncer à la médication abortive que s'il existe des symptômes de violente inflammation de l'urèthre ; dès que la détente se produit, on reprend les injections et on abrège du moins la durée totale de la maladie.

Il faut savoir cependant que — quelque minutieuses que soient les précautions prises — ce traitement est infidèle et échoue chez un petit nombre de malades sans qu'il soit possible d'expliquer cet échec par l'existence d'une des diathèses ordinairement invoquées comme cause de chronicité de la blennorrhagie. S'agit-il d'un virus d'une puissance spéciale ou d'une prédisposition constitutionnelle particulière ? Ces deux facteurs sont peut-être réunis. Toujours est-il qu'il faut être prévenu de ce fait pour n'avoir point de mécompte et ne point promettre au malade la guérison à coup sûr.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — *A la Société de Chirurgie*. — II. *De l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles*. III. *Traitement chirurgical des fractures de la rotule*. — IV. *Traitement des anus contre nature*.

I. La discussion sur le curettage utérin est à peine terminée à la Société de chirurgie ; parmi les plus récentes communications citons les suivantes :

M. *Berger* a présenté un malade auquel il a pratiqué pour des cicatrices vicieuses du cou, une autoplastie par le procédé dit en cravate. Ce procédé consiste à prendre dans le voisinage de la cicatrice un ou plusieurs grands lambeaux cutanés et à les transporter sur les surfaces avivées.

Dans un premier temps on fait la section transversale circonférencielle du tissu cicatriciel ; pour permettre l'écartement des deux lèvres de la plaie, on pratique de chaque côté deux petites sections perpendiculaires à la première. Ces sections sont faites jusqu'aux parties profondes, puis on dilacère soit avec un instrument mousse, soit avec les doigts, les lambeaux cicatriciels ainsi libérés. Dans un deuxième temps on taille sur la région scapulaire un grand lambeau comprenant toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; s'il est nécessaire, on en dissèque un autre de la même façon sur la région pectorale. Ces lambeaux sont transportés sur la plaie du cou et suturés avec le plus grand soin.

D'après M. *Quenu*, le traitement des tumeurs malignes du rein par la néphrectomie présente, au point de vue pratique, une notable différence, suivant qu'il s'applique à l'enfant ou à l'adulte : chez les enfants ces tumeurs ont une marche ordinairement rapide et deviennent promptement volumineuses, aussi la néphrectomie est-elle chez eux une opération particulièrement grave. Chez les adultes les indications d'intervenir varient suivant les auteurs ; on a prétendu que la maladie abandonnée à elle-même donnait une plus longue survie et l'on a préconisé l'abstention, surtout si les accidents n'offraient pas une marche précipitée. Au contraire, M. Quenu estime que l'extirpation est d'autant plus indiquée que la marche de l'affection est plus lente ; il préfère la néphrectomie pratiquée par la voie abdominale plutôt que par la voie lombaire. C'est cette opération qu'il a faite avec succès chez une femme de 42 ans qui portait une énorme tumeur dont le début remontait à dix ans et dont les caractères avaient fait porter le diagnostic de kyste de l'ovaire, il n'y avait jamais eu d'hématuries ; les phénomènes douloureux étaient les accidents prédominants. Ils disparurent tous après l'opération ; trente-cinq jours plus tard, la malade pouvait quitter l'hôpital.

M. *Périer* communique une observation d'extirpation du larynx d'un homme de 66 ans, atteint d'un épithélioma des cordes vocales, dont le début remontait à dix-huit mois environ ; pour différentes raisons, M. Périer n'eut pas recours à la trachéotomie préalable et pratiqua l'opération suivant un manuel opératoire qu'il décrit en détail. M. Schwartz se demande si la suppression de la trachéotomie préalable n'a pas quelques incon-

vénients : le malade n'est pas habitué, comme avec les procédés anciens, à respirer avec une canule qui fonctionne depuis quelques jours. En le trachéotomisant d'avance, on place le malade dans de meilleures conditions de résistance. Il y a un autre point du manuel opératoire, de la laryngectomie sur lequel l'accord n'est pas fait : MM. Périer et Terrier conseillent de suturer les anneaux de la trachée aux lèvres de la plaie ; d'après M. Le Dentu c'est une manière de faire qui de prime abord est assez favorable, mais qui offre deux inconvénients sérieux ; l'un est la tuméfaction possible des lèvres de la plaie et l'autre la difficulté que l'on doit éprouver à adapter ultérieurement un larynx artificiel, par suite de la direction spéciale de l'orifice trachéal. Il serait préférable de ne faire qu'une suture partielle de la trachée.

I. — De l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles.

Le Dr P. Redard (1) insiste sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans le traitement des diverses variétés de tumeurs érectiles ; d'après lui, cette méthode est toujours efficace. Elle réussit dans toutes les variétés de tumeurs érectiles, nœvi, petites tumeurs érectiles superficielles, mais aussi dans les cas graves de tumeurs érectiles profondes, pulsatiles, veineuses ou artérielles, en communication avec de gros troncs veineux, à développement rapide, pour lesquelles les autres traitements proposés sont dangereux, inefficaces.

L'électrolyse ne présente aucun danger. Malgré la fréquence des séances, les jeunes enfants opérés ont toujours été en parfait état de santé, sans fièvre, etc. ; dans quelques cas, une légère réaction inflammatoire au niveau des piqûres, avec quelques petites croûtes, mais jamais d'hémorrhagie, de suppuration, de syncopes, d'embolies avec leurs conséquences fatales : ces accidents sont malheureusement observés avec d'autres méthodes et particulièrement avec les injections coagulantes.

La seule objection à faire à la méthode électrolytique, c'est la longue durée du traitement ; on peut l'abréger en rapprochant les séances tous les trois jours, en agissant avec plusieurs aiguilles à la fois, en cherchant à oblitérer à un certain moment les points par lesquels le sang pénètre dans la tumeur. On obtient ainsi des guérisons assez rapides.

Les règles à suivre pour l'application de l'électrolyse sont importantes à connaître ; les instruments nécessaires pour l'opération sont peu nombreux et peu compliqués. Une pile est reliée par deux fils à deux électrodes, l'une constituée par des aiguilles, l'autre par une surface appliquée sur une partie déterminée du corps.

La pile que l'on emploie doit être à courants continus, avec un petit nombre d'éléments (20 à 24), débit constant, avec un galvanomètre d'intensité gradué en milliampères.

Une seule aiguille, l'aiguille positive, doit être introduite dans la tumeur : les aiguilles constituant un pôle actif doivent être en platine, de longueur variable, fines, de 1/2 mill. de diamètre. On peut aussi se servir d'aiguilles en or.

L'autre électrode, *négative*, est constituée par une plaque de métal, zinc, étain, recouverte de peau de chamois. Cette plaque doit être large pour éviter les douleurs de l'opération. La forme de cette plaque varie suivant les cas ; elle peut être placée sur la face antérieure de la cuisse ou du bras.

Lorsqu'on opère sur la face, il faut éviter que le courant ne traverse des parties saines du corps et surtout les centres nerveux. On peut avec avantage employer la disposition concentrique des pôles : on se sert d'une plaque en zinc malléable pouvant s'adapter facilement à toutes les surfaces ; elle est *perforée à son centre*, recouverte de peau de chamois, reliée par un fil à la pile ; deux rubans permettent de la fixer exactement sur les surfaces à opérer. Les aiguilles sont placées au centre. Les bords de cette plaque, c'est-à-dire la surface destinée à être en contact avec la peau, doivent être assez larges, 1 à 6 centimètres en moyenne. Cette disposition permet de faire une sorte d'électrolyse locale, énergique, peu douloureuse, avec des courants intenses, sans déviation fâcheuse sur les centres nerveux.

Les fils employés doivent être légers, non rigides. Le fil + qui doit se mettre en contact avec les aiguilles se subdivise en 4, en 8. On peut agir plus rapidement en attaquant la tumeur en plusieurs points.

Quant au manuel opératoire, le sujet est immobilisé dans une bonne position ; on fixe avec soin l'électrode négative, mouillée avec de l'eau chaude sur les surfaces à opérer. On fixe solidement les aiguilles aux extrémités divisées du fil positif. On plonge alors obliquement les aiguilles dans les points que l'on désire coaguler.

Le mode d'introduction des aiguilles varie ; elles doivent être placées plus ou moins profondément suivant les cas ; dans les premières séances, on n'emploie qu'une ou deux aiguilles au niveau des parties périphériques. Lorsque le sujet a bien supporté les premières piqûres, lorsque la tumeur est coagulée dans plusieurs points, on recherche la coagulation dans les parties vasculaires qui paraissent alimenter la tumeur.

Les aiguilles étant plongées dans la tumeur, on fait marcher le manipulateur avec une lenteur extrême ; dès qu'on a obtenu 10 milliampères, on s'arrête quelques instants, on augmente encore graduellement l'intensité jusqu'à 25 milliampères. La durée totale de l'application du courant ne doit pas être prolongée et dépasser 2 à 3 minutes. Les courants plus forts ne doivent être employés que dans des cas exceptionnels.

La compression circulaire pendant et après l'opération est inutile : les coagulations électrolytiques différant de celles obtenues par les liquides coagulants, on n'a pas à craindre le transport embolique des caillots. Pendant la durée de l'opération, il faut surveiller l'effet produit ; lorsque la peau blanchit, lorsque l'action électrolytique paraît intense, on abrège la durée de la séance.

Avant de retirer l'aiguille, on renverse le courant et on fait passer un courant négatif de 4 à 5 milliampères. Cette pratique a l'avantage d'empêcher l'adhérence trop forte du caillot à l'extrémité de l'aiguille et de permettre son retrait sans la moindre hémorrhagie. L'aiguille ne doit être enlevée que lorsqu'on n'éprouve plus la moindre résistance.

Dans l'intervalle des séances, il faut recommander le repos, éviter toute pression, toute irritation au niveau de la tumeur. Les séances d'électrolyse peuvent être faites tous les trois jours. Au

(1) *Gaz. médicale* de Paris, 25 janvier 1890.

début du traitement les séances doivent être très régulières ; lorsque la tumeur sera coagulée, on pourra les espacer ; dans les tumeurs volumineuses, on doit interrompre à un certain moment l'électrolyse pendant 15 jours, un mois, afin de voir comment la rétraction s'effectue. On ne doit cesser les piqûres que lorsque la tumeur sera absolument dure, non vasculaire.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs érectiles superficielles siégeant dans la peau, il suffit de se servir d'une seule aiguille positive: on place le commutateur en un point déterminé correspondant à 30 ou 40 milliampéres, et on plonge très légèrement l'aiguille en divers points pendant quelques secondes. On retire l'aiguille dés que la peau blanchit. On peut dans une même séance pratiquer 20, 40 piqûres et même davantage; on modifie ainsi très rapidement la peau qui devient blanche, normale.

M. Redard pense que l'âge n'est pas une contre-indication à l'électrolyse et qu'il y a grand avantage à agir dés que le mal a été constaté et quel que soit l'âge.

III. — Traitement des fractures de la rotule.

M. Lucas-Championnière (1) préconise comme traitement des fractures de la rotule l'ouverture immédiate et large du genou et la suture métallique des fragments : « l'extrême simplicité des suites, dit-il, la perfection des résultats, l'absence d'atrophie musculaire aprés des fractures récentes, la reconstitution des muscles aprés des fractures anciennes, la suppression de toute douleur et de toute complication articulaire, l'inutilité des appareils, la marche possible après 3 semaines et très satisfaisante à une courte échéance, font de ce traitement la véritable méthode de l'avenir dans le traitement des fractures de la rotule ».

Les opérations pour fractures récentes ont été faites par M. L. Championnière entre le premier et le douziéme jour aprés la fracture : il pense qu'il faut intervenir le plus tôt possible après l'accident. La fracture de la rotule est l'une des plus douloureuses, avec un traitement toujours pénible : l'incision large fait tomber toutes les douleurs et transforme le traitement en un traitement sans douleur. L'articulation du genou, que l'on ouvre à une époque aussi rapprochée de la fracture, présente des désordres considérables (infiltration sanguine au dehors et au dedans de l'articulation, déchirure de la capsule, œdème extraordinaire de la synoviale) ; cet aspect de l'articulation démontre la nécessité de l'intervention : en enlevant tous ces caillots, en vidant la synoviale, en débarrassant les fragments de tous les corps étrangers qui les encroûtent, on va réparer en quelque sorte à neuf cette articulation et prévenir toutes les complications articulaires dont l'évolution était à craindre.

Dès l'époque la plus rapprochée de l'accident, l'articulation est nettoyée et réparée : deux gros fils métalliques sont placés dans la substance de l'os avec un poinçon perforé ; les bords de la fracture sont mis en contact intime ; le triceps crural est réinséré. On draine avec soin la périphérie de l'articulation. L'opération n'est suivie d'aucune immobilisation ; pendant huit jours une gouttière pour éviter au sujet de grands mouvements douloureux, et huit jours plus tard, aprés le premier pansement, le membre libre dans un pansement modérément serré. Dès ce moment, des mouvements peuvent être faits sans inconvénients par l'articulation. Le point capital, c'est la rapidité avec laquelle on peut rendre le membre à sa fonction. C'est entre vingt et vingt-cinq jours après l'opération qu'on peut permettre les premiers essais de marche. Dans tous les cas opérés par M. Championnière peu après l'accident la réunion est évidemment osseuse, on ne retrouve aucun intervalle entre les fragments. On sent les fils à travers la peau. La solidité de la rotule est complète. On ne trouve aucune différence entre les deux membres au point de vue du développement musculaire. Les sujets sont parfaitement solides et susceptibles de porter des fardeaux.

La perfection du résultat est moins assurée dans les cas de fractures anciennes mal consolidées par les méthodes ordinaires ; là cependant on peut encore intervenir avec succès. Ce qu'il y a d'intéressant dans ces cas d'ancienne fracture, c'est qu'aussitôt les muscles réinsérés, les contractions commencent à revenir ; avant l'opération, l'électricité et le massage ne donnaient aucun résultat. Après l'opération l'électricité et le massage ont facilement et rapidement reconstitué des muscles qui paraissaient perdus pour toujours. Toutefois ces opérations secondaires seront trés inférieures aux opérations primitives ; aussi est-il mauvais d'employer les méthodes anciennes en se réservant de faire des opérations secondaires en cas de mauvaises suites. M. L. Championnière affirme que la suture primitive de la rotule après large ouverture de l'articulation est le meilleur et le plus sûr de tous les moyens de traitement de la fracture.

IV. — Traitement des anus contre nature.

Ce traitement est si complexe et si difficile qu'on a imaginé un nombre infini de procédés pour guérir cette infirmité ; le Dr Chaput les passe en revue et indique quelques procédés qu'il a nouvellement préconisés.

Les anus établis *chirurgicalement* doivent être traités par la section de l'éperon et par l'oblitération de l'orifice par la méthode de l'abrasion.

Les anus établis *spontanément* ne sont justiciables que de l'entérectomie suivie de la suture circulaire par abrasion.

Les anus compliqués de rétrécissement à distance du bout inférieur indiquent l'entérocolostomie iliaque si le rétrécissement est inopérable.

Il faut opérer le plus tôt possible les anus contre nature, aussitôt que l'état local et l'état général le permettent ; il n'y a que des inconvénients à attendre. Les lavements et injections dans le bout inférieur sont indispensables pour éviter l'atrophie du bout inférieur.

(1) *Journal de méd. et de chirurgie pratiques*, mars 1890.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Revision des tarifs médico-légaux à l'Association de la Loire.

Sur l'invitation du Président, M. le Dr Fleury, M. le docteur Cénas, médecin au rapport à Saint-Etienne, lit la note suivante:

« Avant d'aborder l'étude détaillée des tarifs, je

rappellerai qu'il est nécessaire de définir les mots « flagrant délit » que les juristes interprètent de diverses manières, et de combler une lacune relative au paiement des rapports dits « de levée de corps ». Ces rapports, comme on le sait, ne sont payés par le Ministère de la Justice que lorsqu'il s'agit d'un crime. Si le médecin conclut à une mort accidentelle ou naturelle, il devient créancier de la commune, qui cependant ne lui a donné aucun mandat, et qui paye si tel est son bon plaisir, ou si elle a des fonds, éventualité relativement rare à la campagne.

« Pour en finir avec les généralités, je demande que le médecin expert soit considéré comme fonctionnaire pendant toute la durée de ses opérations, et surtout à la cour d'assises et au tribunal correctionnel. Tout aussi bien que le Procureur ou le Président, il est exposé à être insulté par un prévenu ou à être victime du manque de tact d'un avocat. D'un autre côté, il est humiliant pour lui d'être parqué, avant sa déposition, dans une salle où attendent d'autres témoins dont les conditions sociales sont les plus diverses et fréquemment peu honorables. Pendant les interruptions d'audience, ce milieu s'enrichit encore de la présence de l'accusé !

« Je passe maintenant aux tarifs proprement dits. Les articles qu'il est le plus urgent de réformer sont les articles 91, 25 et 95, relatifs aux frais de voyage et de séjour hors du lieu de résidence.

« Non seulement le médecin n'est pas indemnisé de la perte de sa clientèle, mais souvent même il n'est pas remboursé des frais que lui impose le déplacement.

« Il faut tenir compte des modes de locomotion actuels, tarifer le médecin d'après le parcours en chemin de fer, d'après la distance de la station la plus rapprochée du lieu de sa résidence ou du but de son transport. Dans l'appréciation des tarifs que nous proposons, il faut tenir compte en outre que les départs des voitures publiques, pour les villages qui ne sont pas desservis par des chemins de fer, ont lieu habituellement le soir de la ville, et que le départ du retour a lieu le matin; d'où l'obligation pour le médecin de voyager en voiture particulière ; les tarifs adoptés dans la plupart des villes sont le double ou le triple de la somme allouée au médecin.

« Nous proposons d'établir une distinction entre l'autopsie et l'exhumation, et de considérer comme « opérations plus difficiles que la simple visite » tout examen exigeant un outillage ou des connaissances spéciales : examen au spéculum, à l'ophtalmoscope, examen des diverses cavités, examen de l'état mental, questions de responsabilité, maladies vénériennes ou communiquées, examens microscopiques, analyses chimiques.

« Pour fixer le chiffre, que nous donnons plus loin, des indemnités de séjour, nous nous sommes guidés sur le tarif des voyageurs de commerce. Nous répétons à ce propos qu'il n'est nullement question d'indemniser le médecin de la perte de sa clientèle et que, sauf les professeurs des Facultés, tous les médecins à qui les magistrats confient les expertises criminelles sont des médecins praticiens et très souvent ceux-là même dont la clientèle est la plus étendue. Et alors même que les tarifs seraient notablement relevés, leur clientèle continuerait à leur créer des revenus bien supérieurs à ceux qu'ils retireraient de la médecine légale.

« On ne manquera pas de parler de l'honneur qu'on retire de ces fonctions. Qu'on nous explique d'abord pourquoi un médecin serait tenu à plus de sentimentalité qu'un architecte ou qu'un ingénieur qui dressent les devis et les plans d'un hôpital, d'un barrage ou d'autres travaux d'utilité publique ! Et puis, lorsqu'un médecin a été porté à une place exclusivement par ses titres scientifiques, il est, comme disent les anglais, « *a right man, in right place* », il rend à sa place tout l'honneur qu'il en retire. Il reste à lui payer le temps qu'il perd pour elle.

« Et il ne s'agit pas seulement des visites et autopsies ; le siège des cours d'assises, dans plusieurs circonscriptions juridiques, est éloigné de la ville la plus importante : Marseille, Lille, Saint-Etienne, Clermont-Ferrand, etc. Les experts de ces grandes villes sont cités plusieurs fois à chaque session. C'est une nouvelle perte de temps et de clientèle indemnisée d'une façon tout à fait insuffisante.

« Pour tous ces motifs, nous pensons qu'il faut relever notablement les tarifs de 1811 et modifier de la façon suivante les articles de loi qui concernent les frais de justice criminelle. »

M. le docteur Cénas donne lecture de ses conclusions.

Et après discussion on adopte le tarif suivant :

Modification a l'article 17 (Décret de 1811).

Chaque docteur en médecine ou officier de santé recevra, savoir :

1° Pour chaque visite et rapport, y compris le premier pansement s'il y a lieu, à Paris.... ; dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus, 10 francs ; dans les autres villes et communes, 8 francs.

2° Pour les ouvertures de cadavres, lorsque la mort ne remontera pas à plus de quatre ou cinq jours, et en sus des droits ci-dessus ; à Paris.... ; dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus, 80 fr. : dans les autres villes et communes, 50 fr.

3° Pour les exhumations et autopsies, lorsque la mort remontera à plus de cinq jours, en sus des droits ci-dessus à Paris.... ; dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus, 100 francs ; dans les autres villes et communes, 80 francs.

4° Pour les autres opérations plus difficiles que la simple visite, et nécessitant un outillage et des connaissances spéciales (examen des diverses cavités, état mental, maladies vénériennes, mentales, examen microscopique, analyse chimique), tarif unique : 25 francs au minimum.

(Adopté.)

Modification a l'article 22.

Chaque expert recevra pour chaque vacation de trois heures et pour chaque rapport, lorsqu'il sera fait par écrit, un prix unique de 5 francs.

Il pourra être alloué pour chaque journée trois vacations de jour et deux de nuit.

La prestation de serment sera comptée pour une vacation, augmentée de la somme de 1 franc par kilomètre, s'il y a déplacement.

(Adopté.)

Modification a l'article 25, combiné avec l'article 2 du décret du 7 avril 1813.

Dans tous les cas où les médecins seront appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou

rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées *d'après le tarif des experts.* S'ils n'ont pas eu à sortir de leur résidence ou s'ils n'ont eu à parcourir qu'une distance d'un myriamètre, il leur sera dû, pour chaque jour qu'ils auront été dérangés de leurs affaires : aux docteurs en médecine, à Paris... ; dans les villes d'au moins 40,000 habitants, 25 francs ; dans les communes moindres, 20 francs.

(*Adopté.*)

MODIFICATION A L'ARTICLE 91.

Cette indemnité (de transport) est fixée pour chaque kilomètre parcouru, soit à l'aller, soit au retour, à 1 franc. Suppression du paragraphe suivant, devenu inutile par suite de la modification apportée à l'article 25.

(*Adopté.*)

MODIFICATION A L'ARTICLE 95.

Lorsqu'un expert sera arrêté dans le cours du voyage par force majeure, il recevra une indemnité, pour chaque jour de séjour forcé, de 25 francs. Il sera tenu de faire constater par le juge de paix ou ses suppléants, ou par le maire, ou, à son défaut, par un de ses adjoints, ou par le chef de gare.

(*Adopté.*)

MODIFICATION A L'ARTICLE 96.

Si un médecin est obligé de prolonger son séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, et qui ne sera point celle de sa résidence, il lui sera alloué pour chaque jour de séjour, une indemnité : à Paris..., dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus, 25 francs ; dans les autres villes et communes, 20 francs.

(En somme, suppression de cet article ou fusionner l'article 25 et l'article 96.)

(*Adopté.*)

Enfin, relativement au paiement des mémoires, nous demandons que les médecins qui, à la campagne, sont rarement chargés d'opérations médico-légales, puissent remettre leurs mémoires au bout de trois ans seulement, au lieu d'un an. (Trois mois d'après une circulaire du procureur général de Lyon.)

En somme, la prescription sera de trois ans.

(*Adopté.*)

M. le docteur Roland, de Roanne, en qualité de Secrétaire de l'Association des Médecins de Roanne, a adressé au Bureau une lettre demandant, entre autres réformes, que le médecin requis par la justice soit considéré non seulement comme expert, mais comme fonctionnaire du Gouvernement. En conséquence, si à la suite d'une autopsie, par exemple, il se produit des accidents septiques amenant une incapacité de travail temporaire, il y aurait lieu d'accorder une indemnité ; s'il y a une incapacité définitive, une retraite ; si l'accident est suivi de mort, il y a lieu de pourvoir aux besoins de la veuve et des orphelins.

Cette proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

Sur la demande de plusieurs membres, la proposition suivante est adoptée à l'unanimité :

« Sera payable par le Ministère de la Justice tout rapport demandé par un commissaire de police ou autre officier agissant en qualité d'auxiliaire du Procureur, alors même que ce rapport conclurait à une mort naturelle ou accidentelle. »

M. le docteur Nodet demande le rétablissement du tarif d'urgence.

(*Adopté.*)

Sur la proposition de M. le docteur Garand, l'Assemblée émet le vœu suivant :

VŒU.

« A l'avenir, dans les grandes villes, le poste de médecin légiste sera mis au concours. »

Le Secrétaire, Dr REYNAUD.

Indemnité de maladie à l'Association de Saône-et-Loire.

Présidence du Dr SASSIER. — 13 octobre 1889.

Après un échange d'observations, la Société de Saône-et-Loire repousse le vœu de la Société de la Gironde, en raison des sacrifices que nécessiterait la formation d'une assurance mutuelle contre la maladie, et de son peu d'efficacité probable. Elle adopte le vœu de la Société de l'Oise qui spécifie seulement une indemnité en cas de maladie ; elle admet le principe de la proposition de son président : mais elle repousse toute augmentation de la cotisation ; elle décide qu'une somme de cinq cents francs sera prélevée sur sa caisse pour servir une indemnité journalière à ceux de ses membres qui en auraient un besoin urgent, en se réservant de recourir à l'Association générale si ces fonds étaient insuffisants.

— Que fera donc la Société de Saône-et-Loire, de ces 500 fr., qui pourront payer 50 journées de maladie à 10 fr. ? *Sans cotisation, pas d'indemnité.*

Revision des tarifs médico-légaux.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE TENUE PAR LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES DEUX-SÈVRES, LE 23 JUIN 1889.

L'assemblée décide que, pour répondre à la circulaire de M. le Ministre de la justice, au sujet de la revision du Tarif des honoraires médico-légaux, il y a lieu d'apporter au Tarif du décret du 18 juin 1811 les modifications suivantes :

§ 1er.

Les parquets et autres autorités requérantes devront s'adresser, de préférence, aux médecins qui, désirant se mettre à la disposition de la justice, se feront inscrire, comme tels, au greffe du tribunal du ressort auquel ils appartiennent.

§ 2.

Unification du Tarif des honoraires médico-légaux dans la France entière.

§ 3.

Création d'un honoraire distinct pour la *visite* et le *rapport*.

La visite comportera un *pansement sommaire.*

§ 4.

Etablissement de deux catégories pour les *autopsies* :

I. Autopsie de tout cadavre, quel qu'en soit l'âge.

II. Autopsie après exhumation.

Tarif de ces diverses opérations :

a. Visite simple, avec ou sans pansement sommaire	5 f. 00
b. Rapport	10 00
c. Autopsie (1re catégorie)	30 00
— (2e catégorie)	50 00

§ 5.

Augmentation des indemnités de transport, qui seront fixées comme il suit :

Transport par voie ferrée : 0 fr. 30 par kilomètre parcouru.

Transport par autre moyen : 0 fr. 50 par kilomètre parcouru.

La distance sera évaluée par kilomètre vraiment parcouru et non de clocher à clocher.

§ 6.

a. Les médecins, chargés d'un mandat médico-légal, devront toujours être considérés comme des *experts* ; il est indispensable de reconnaître *à priori* leur droit aux honoraires et aux *vacations*.

b. Toutefois, il ne saurait y avoir cumul, lorsque le médecin reçoit déjà des honoraires pour des opérations, dont le prix est fixé au Tarif, § 4 ci-dessus.

c. Le système des vacations devra être appliqué chaque fois que le médecin sera chargé d'un examen, d'une exportise spéciale ou d'un pansement difficile ou long, accompagnant la première visite, toutes opérations non prévues par le Tarif indiqué ci-dessus.

d. Il y a lieu de créer des vacations *de jour* et des vacations *de nuit*.

La vacation sera, comme par le passé, de 3 heures.

Toute vacation commencée sera considérée comme vacation entière.

Les vacations de jour comprendront 12 heures (de 8 heures du matin à 8 heures du soir) ; celles de nuit, 12 heures également (de 8 heures du soir à 8 heures du matin).

La vacation de jour sera fixée à 6 fr., celle de nuit à 10 fr.

§ 7.

Lorsque les médecins seront arrêtés, dans le cours du voyage, par force majeure, ou, lorsqu'ils subiront un séjour forcé dans la ville où se fait l'instruction de la procédure ou celle où ont lieu les débats, et qui n'est pas celle de la résidence, il devra leur être alloué, pour chaque jour de séjour forcé, une indemnité équivalente au nombre de vacations de jour que comporte le temps de ce séjour.

§ 8.

Quelle que soit l'autorité requérante, il y aura lieu d'assurer, d'une façon quelconque, l'honoraire de toutes les réquisitions faites au nom de la loi (qu'il s'agisse de parquets, de juges de paix, de commissaires de police, maires, etc.).

§ 9.

a. En ce qui concerne le recouvrement des honoraires judiciaires, il est nécessaire de simplifier les formalités si compliquées de la rédaction du mémoire en double.

b. Les médecins seront taxés par le juge d'instruction et n'auront qu'à percevoir leurs honoraires au bureau de l'enregistrement.

c. L'autorité requérante sera responsable du paiement des honoraires, les réquisitions devront porter le nom du magistrat qui les délivre.

d. La prescription du paiement des honoraires sera portée à 5 ans.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire,
Dr PILLET.

L'exercice par les médecins étrangers.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans le n° 7 (15 Février 1890) de votre précieux Journal où vous reproduisez l'article de *l'Éclair*, je vois, parmi les dispositions que M. le Ministre de l'Instruction publique soumet à la commission chargée d'examiner le projet de M. Chevandier sur l'exercice de la médecine, la remarque suivante :

« Quant aux médecins étrangers qui viennent séjourner dans nos stations thermales ou hivernales, ils seraient exceptionnellement autorisés à exercer, mais auprès de leurs nationaux seulement. »

Je vous ferai de suite observer que cette exception deviendrait encore une source intarissable d'abus dans l'exercice de notre profession. Il serait d'abord impossible de contrôler au jour le jour les actes de ces confrères étrangers. Qu'arrive-t-il d'ailleurs, en pareil cas, dans les stations où déjà les médecins français sont fort nombreux et où les clients sont toujours durement disputés ? Dès qu'un médecin étranger se fixe dans une de ces villes, le public ignore s'il est étranger et surtout s'il est dûment autorisé à exercer la profession. Tout ce qu'il sait, c'est qu'il compte un médecin de plus. Or mille circonstances de jour comme de nuit, un cas urgent, un accident subit, la proximité de la demeure de ce médecin, etc., pourront engager le public *français* à aller le demander. Par devoir, ce médecin étranger n'osera refuser et par intérêt il continuera ensuite ses visites, sachant cependant qu'il n'en a pas le droit.

Il serait donc plus juste et de beaucoup préférable que tous les médecins étrangers fussent indistinctement soumis à la même règle, c'est-à-dire qu'ils ne pussent exercer en France qu'après avoir obtenu le diplôme de docteur devant une Faculté française, après avoir subi, pour ce, la dernière partie des épreuves imposées à nos étudiants en médecine.

Veuillez agréer, etc.

Dr BERMONDY.

— Nous croyons que votre opinion triomphera auprès de la commission de revision de la législation médicale. On lui a exposé les mêmes raisons que celles que vous faites valoir.

A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association des Médecins de la Sarthe et Syndicat de Saint-Calais

Dix-neuvième Assemblée générale tenue au Mans le 29 mars 1889, à l'Hôtel de Ville.

Présidence de M. le Dr CHARBONNIER, président de l'Association.

EXTRAIT.

M. le docteur Charbonnier, président, prononce l'allocution suivante :

« MES CHERS CONFRÈRES.....

« Le Médecin, à notre époque, doit lutter à cha-

que instant pour sa vie, pour sa dignité, contre la concurrence plus ou moins loyale et les empiétements effrénés de la médecine illégale, aussi rien d'étonnant à ce que, de toutes parts, se préparent des armes pour sa défense.

« L'Association générale a beaucoup fait, elle a prévu, elle a secouru, et quand elle aura pu fonder une caisse de secours pour les orphelins, les veuves et les ascendants de ses sociétaires décédés, quand elle aura pu créer une caisse chargée d'indemniser le Médecin en cas de maladie, alors son œuvre terminée, parfaite, donnera toute sécurité au Médecin, dans le présent et dans l'avenir, et je ne pense pas qu'il reste alors beaucoup d'étrangers dans le corps médical qui s'entêteront à rester en dehors de l'Association.

« Ce n'est pas assez. L'existence et la situation attaqués à chaque instant, la concurrence, les atteintes à la dignité professionnelle, qu'elles viennent du public ou des autorités, tant administratives que judiciaires, ne peuvent être protégées par l'Association, elle a bien assez du noble but qu'elle s'est donné, il fallait donc des institutions spéciales, chargées de faire respecter les droits et la respectabilité professionnels. Les syndicats ont été fondés dans ce but et je puis constater que le mouvement parti de la région de Saint-Calais se propage et que bientôt l'arsenal du Médecin sera complet dans notre chère Sarthe.

« Je résume et dis beaucoup moins bien qu'il ne l'a dit, la conférence double que le Vice-Président de l'Union des Syndicats a faite, il y a quatre mois, dans cette enceinte. A nous, bureau de l'association, il nous a expliqué comment il entend le complément de l'œuvre de l'Association, idées excellentes que je vous proposerai d'adopter en principe, mais dont les voies et moyens me semblent inacceptables, n'en déplaise au généreux apôtre des Syndicats. Aux confrères qui ont répondu à l'appel du Syndicat de Saint-Calais, il a développé l'utilité, la nécessité des Syndicats ; il a montré leur action parallèle à celle de l'Association, et jamais opposée ; il a fini par un appel chaleureux à l'union du corps médical dans ces deux institutions, qui réunies peuvent seules donner au Médecin confiance et honorabilité dans le présent, respect et sécurité dans l'avenir.

« La visite de M. Cézilly a porté ses fruits : un arrondissement de plus possède son Syndicat et les deux autres sont en travail d'organisation Je suis heureux de vous donner cette bonne nouvelle et d'en témoigner toute ma reconnaissance à mon cher confrère......

« D'ordinaire, chers Collègues, notre vie est peu agitée ; il était réservé à la dernière année de ma présidence de soulever un orage que tous, tant que nous sommes, nous étions loin de prévoir.... Dans le cours de l'année dernière une plainte est faite à l'Association par un de ses Membres. Il y expose qu'un ex-pharmacien condamné au maximum de la peine et des amendes pour exercice illégal de la médecine est sur le point de se présenter aux examens de l'officiat de santé et se demande si la loi ne permet pas de le faire déclarer indigne du grade qu'il sollicite.

« Sur le conseil du Dr Cézilly qui assistait à la réunion du Bureau, il fut décidé que le Président écrirait dans ce sens à M. le Doyen.

« Une lettre courte, impersonnelle, fut, en effet, adressée en votre nom à M. le Doyen. Quelques jours après, il me répondit que la loi est muette et qu'il ne peut rien, sinon veiller à ce qu'aucune faveur ne puisse être accordée à ce candidat ; pour cela, il m'en réclamait *très confidentiellement* le nom et le lieu de naissance. Je les envoyai. Je n'avais d'autre but que le soin de la dignité de notre famille médicale et le grand désir de sauvegarder la position menacée d'un de nos co-sociétaires.

« M'étant absolument confié, et sur sa demande, au Doyen, à l'auteur du *Secret médical*, je me croyais à l'abri de tout reproche et attendais les événements quand il me tombe une tuile, une lettre émanant d'un homme politique que j'honore autant que je l'affectionnais, il m'apprend que ma lettre a été dévoilée, que je l'ai insulté, et me traite comme je ne l'ai jamais mérité. La politique faisait son entrée dans une affaire qui était toute d'ordre intérieur et spécial.

« J'ai eu beau protester qu'il n'y avait aucune intention blessante pour le maire de Château-du-Loir, qu'il y avait eu une simple plainte faite au nom et par le Président sur l'invitation d'une Association reconnue. Rien n'y a fait ; la plainte est une dénonciation, la défense du don quichottisme. Il n'est pas pire sourd, chers Collègues, que celui qui ne veut pas entendre.

« Un échange de correspondances, respectueux de ma part, injurieux de l'autre, s'est terminé par une rupture complète, et croyez qu'il m'a fallu faire appel à tous mes souvenirs d'affection, de reconnaissance et de respectueux dévouement pour supporter les accusations injurieuses d'un homme égaré par une injuste colère.

« Je suis le *Président ridicule* d'un *tribunal secret*, j'ai *commis une mauvaise action*, et me cachant derrière le secret médical, j'ai écrit ce que je n'aurais pas osé dire en face, et maintes autres injures plus graves, mais par lesquelles l'auteur lui-même sait bien qu'il ne pouvait m'atteindre : ma vie entière suffit à les écarter ; je n'en garde qu'une peine profonde, la perte d'une amitié ancienne et respectée.

« Durant cette querelle épistolaire, j'ai envoyé une attaque fort vive à M. Brouardel, en même temps que je tenais au courant de cette misérable affaire notre cher Président ; la réponse de M. Brouardel, celle de M. Roger, suffiraient à relever et à dédommager du traitement indigne qu'il a souffert votre Président, qui nonobstant reconnaît n'avoir fait que son devoir en remplissant vos instructions.

« Tenir haut notre drapeau, c'est la tâche que vous m'avez confiée il y a cinq ans. Je crois, en toute circonstance, l'avoir porté et défendu avec tout mon zèle. En le remettant entre vos mains, je lui promets d'autant plus de fidélité et de dévouement que j'ai souffert et injustement souffert pour lui.

« Et maintenant, chers Collègues et amis, à nos travaux, n'ayons qu'un but, la prospérité et l'honneur de notre chère Fédération confraternelle. »

Ces paroles, accentuées par le Président d'une voix chaleureuse, sont vivement applaudies.

Après cette allocution, l'Association, consultée, exprime cette décision qu'au sujet de la réclamation du Dr Sallé, de Château-du-Loir, le Président a fait tout son devoir. Ses efforts n'ont tendu qu'à suivre les inspirations de l'Association, qui tout entière se groupe à ses côtés et se range sous sa bannière....

« Les dépenses de l'année 1888 se sont élevées à la somme de 647 fr. 85.

M. le docteur Charbonnier, président, rappelle alors la démarche qui a été faite auprès du Conseil d'Administration de l'Association des Médecins de la Sarthe par le Dr Cézilly, directeur du Concours Médical et président de l'Association de l'Oise, le 23 novembre 1888. Il croit bon d'en exposer de nouveau les idées que quelques Membres doivent se rappeler. Elles peuvent se résumer dans ce qui suit :

Considérant que l'Association générale des Médecins de France est une Société de prévoyance et de secours mutuels ; — que cette Société a poursuivi son œuvre en vue de procurer des secours à ceux de ses Sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse ; de secourir les veuves, les enfants et les ascendants laissés sans ressources par les Sociétaires décédés ; de fonder dans l'avenir une Caisse des retraites ; de préparer et de fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance ;

Considérant que de l'avis des Médecins la maladie est un de leurs risques les plus graves, les plus probables et des plus fréquents.

Considérant que les secours aux veuves, aux orphelins et aux ascendants sont notoirement insuffisants, par ce fait que, jusqu'à ce jour, il n'a pas existé une caisse de secours aux veuves, orphelins et ascendants des Membres décédés de l'Association, qu'il est utile de créer à cette Caisse des ressources collectives et spéciales prises uniformément sur la cotisation annuelle ;

Considérant que la modicité de la cotisation n'a pas permis à l'Association d'atteindre comme les autres Sociétés de secours mutuels tous les objectifs que comporte son titre, propose de fonder une Caisse des veuves, orphelins et ascendants ; que cette caisse doit être abondamment pourvue ; ce qui importe n'est pas le capital, ces pensions devant être de durée passagère, variables, non viagères ; qu'au contraire il faut en multiplier le nombre pour faire face à des demandes nombreuses ; qu'à cet effet, sur la cotisation de 12 francs, il sera prélevé d'une façon uniforme 3 francs pour la caisse des pensions viagères ; que les droits d'entrée seront perçus pour la Caisse générale, mais que sur cette perception on prélèvera 3 francs pour la Caisse des veuves et orphelins.

Pour les secours de maladie, M. Cézilly s'appuie sur ce fait que l'Association s'imposera de plus en plus non par sa richesse, mais par les bienfaits décuples qu'elle répandra sur ses Membres. Il y a lieu, selon lui, de compléter et de perfectionner l'œuvre de l'Association générale et de la mettre à même de distribuer, comme toutes les Sociétés de Secours mutuels, des indemnités en cas de maladie. Il laisse d'ailleurs les Sociétaires libres d'accepter ou de refuser les secours de maladie. Ceux qui accepteraient, verseraient comme cotisation annuelle et supplémentaire la somme de 48 francs, payable par trimestres, semestres ou années au choix. Ils recevraient 10 francs par jour et pour une période de 4 mois (*maximum*).

C'est, comme on le voit, une sorte d'assurance.

Votre Bureau ayant considéré que l'élévation de la cotisation la ferait repousser, ne vous propose pas d'accepter la proposition de M. Cézilly. Il vous demande d'émettre un vœu relatif à la fondation d'une *Caisse pour les veuves*, *d'une Caisse de secours pour indemnité de maladie.*

Il laisse à l'Association générale le soin d'étudier les voies et moyens nécessaires pour faire fonctionner au plus tôt ces deux Caisses dont le besoin semble si urgent. Ainsi se trouveront complétées nos institutions d'assistance. Ainsi se calmeront les inquiétudes de toute la famille médicale.

La proposition du Bureau formulée par le Président est adoptée.....

Dans sa réunion générale du 13 novembre 1888, *le Syndicat de Saint-Calais* a voté le vœu suivant : que le service de la direction et de l'inspection des enfants du premier âge soit enlevé à un bureaucrate et confié soit à un Médecin ayant fait ses preuves, soit à une Commission médicale nommée par tous les Médecins chargés de ce service dans le département et qu'une proposition soit faite à l'Association de s'approprier ce vœu et de l'adresser à l'autorité.

Le Syndicat propose en outre le vœu suivant : que lors de la discussion de la loi sur l'exercice de la médecine, un article soit ajouté, portant qu'avant d'obtenir le grade de docteur ou d'officier de santé, chaque candidat devra fournir son casier judiciaire ; que toute condamnation pour exercice illégal qui y figurerait, constituerait un cas d'indignité absolue pour l'obtention du grade postulé. Il est sans doute déplorable d'en arriver à de pareilles mesures. Mais que faire contre la marée d'indignité qui monte sans cesse à l'assaut de notre profession jadis si haute et si honorée ?

Ces propositions, ainsi que des vœux sur une direction générale de la santé publique, sur une organisation départementale et par arrondissement, sur les secours médicaux aux indigents des villes et des campagnes, sur une direction essentiellement médicale réclamée pour ces services, qui devront être rattachés au Ministère de l'Intérieur et enlevés au Ministère du Commerce, ont été admises en principe par notre Association.

Ces vœux, ajoute M. le Président, sont à l'étude de notre bureau.»

COMMISSION ADMINISTRATIVE

Arrondissement du Mans.

MM. LEBRAIN et RIGAUD.

Arrondissement de Mamers.

MM. GODARD et GOUIN.

Arrondissement de La Flèche.

MM. COUSTURIER et LEGLUDIC.

Arrondissement de Saint-Calais.

MM. OBET et SALLÉ.

M. le docteur Guignard, Secrétaire, est nommé délégué de l'Association des Médecins de la Sarthe aux séances des 12 et 13 mai de l'Association générale des Médecins de France (Assemblée générale).

La séance est levée à 4 heures et demie.

Le Secrétaire, Er C. GUIGNARD.

REPORTAGE MÉDICAL

Doit-on assister au congrès de Berlin ? Doit-on s'abstenir, comme se sont abstenus *par ordre*, les médecins allemands, lors des congrès de l'exposition ? Telle est la question qui a été agitée à diverses reprises par l'Association de la presse médicale. L'impression première était qu'on devait s'abstenir et nous partagions ce sentiment.

Mais les arguments absolument convaincants qui ont été émis par divers membres ont modifié notre détermination et nous estimons qu'à tous les points de vue il faut aller non en Allemagne, mais au congrès qui, tenu pour la première fois à Paris, en 1867, d'origine française, se trouve par naturel roulement, avoir lieu cette année à Berlin. La presse française ne reçoit d'ordres de personne et c'est en pleine liberté, après discussion éclairée, qu'elle estime en majorité qu'on doit aller au congrès.

Cette discussion et les déterminations qu'elle a amenées font la preuve des avantages des conversations amicales sur les sujets d'intérêt général, entre directeurs de journaux de médecine. Ils expriment une opinion et que cette opinion doive prévaloir on non, que la science française soit plus ou moins bien représentée au congrès, la *presse médicale* aura rempli tout son devoir ; cela suffit.

Nous publierons dans notre prochain numéro un exposé des motifs de détermination de la majorité des membres de l'Association de la presse médicale, avec les signatures des directeurs de journaux.

— La *Gazette hebdomadaire* pose la question de la loi sur les Syndicats professionnels de la façon suivante : le tribunal correctionnel de Paris, 9e chambre, affirme que le bénéfice de la loi de 1884 s'applique à toutes les professions, en dehors même des professions économiques, industrielles commerciales, agricoles. Il serait utile, dit-il, qu'un texte de loi nouveau vînt fixer d'une manière un peu plus précise l'opinion des juges. Les syndicats ont-ils le droit d'en appeler du jugement de Domfront, confirmé en cassation ? C'est là ce qu'aura à examiner le *Bureau de l'Union des syndicats dans sa prochaine séance.*

— Dans la *Gazette des Tribunaux*, M. le conseiller Goja estime, après avoir étudié la loi sur le recrutement militaire, que les jeunes gens qui veulent étudier la médecine, le droit, etc..., peuvent devancer l'appel, *contracter un engagement volontaire et réclamer, au bout d'un an, le bénéfice de la disposition de la loi qui permet au ministre* de leur donner un congé en temps de paix.

Nous conseillons donc à ceux des membres du Concours, dont le fils se trouve dans ce cas, de demander, pour lui, l'autorisation de s'engager à 18 ou 19 ans, avec la réserve de l'article 23 qui dit : article 23... *S'ils ont obtenu ou poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine...* ils peuvent être ou sont envoyés au bout d'un an de service en congé dans leurs foyers. — Dans ce cas on voudrait bien nous communiquer la réponse du ministre de la guerre. Nous croyons qu'elle serait favorable.

— On va appeler pour 13 jours, en avril, 50 médecins majors de 2e classe et 230 médecins aides-majors de 1re et de 2e classe et, de préférence, ceux qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes, et ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté, voudront subir les examens prévus par la loi sur l'avancement.

— Tous les ports de mer sont en instance pour obtenir que la nouvelle *école de médecine navale* leur soit octroyée. Rien n'est décidé.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Note. Nous recevons d'un grand nombre de nos collègues des demandes de renseignements sur l'organisation nouvelle du service de santé. Beaucoup se préoccupent de l'examen qu'ils désirent passer pour monter en grade. Nous nous empressons de répondre que M. le Dr Bouloumié vient de donner à l'imprimeur un livre intitulé : *Manuel du Candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale.* Ce livre répondra à toutes les questions soit d'examen, soit de formalités ou encore de règlement. La déclaration des candidats aux examens doivent bien être faites avant le premier mai prochain ; mais les jurys ne se réuniront que plus tard ; Messieurs les médecins de réserve ou de territoriale peuvent donc attendre ce livre qui paraîtra bien avant la convocation pour les examens. Son prix sera de 3 fr. 50. On peut dès maintenant s'inscrire pour un exemplaire que l'on recevra franco en adressant une valeur de pareille somme au Directeur de la Société d'Editions Scientifiques. Le livre traitera aussi des questions relatives aux médecins et pharmaciens auxiliaires.

I. *Grippe ou Influenza*, par M. le Dr Henri Cézilly fils, in-8° de 100 pages. Prix : 2 fr. Après de consciencieuses recherches sur la nature et la pathogénie de la Grippe, son pronostic et sa prophylaxie, M. le Dr Cézilly conclut en faveur de l'identité de la Grippe avec l'Influenza. « L'épidémie qui a sévi en France en décembre 1889 et janvier 1890, qui d'ailleurs n'est point complètement terminée, est bien une épidémie de grippe, telle qu'on en trouve relatées par différents auteurs depuis plusieurs siècles. »

II. *Revue de la Masso-électro-thérapie*, paraissant tous les mois, rédacteur en chef Dr A. S. Wéber. Le numéro 0.60 centimes. Abonnements départements 8 fr. Paris 6 fr. par an. A pour but de démontrer que le massage combiné à l'électricité donne de très heureux résultats, et que le massage ne devrait pas rester l'apanage exclusif des guériseurs et des rebouteurs.

III. Du même auteur : *Traitement par l'électricité et le Massage*, deuxième édition, grand in-8° de 116 pages. Prix : 4 fr.

IV. *Bulletin de la Société internationale pour les questions d'Assistance*. Abonnements : France 20 fr. Prix du numéro : 2 fr. 50.

V. *Des Alcaloïdes.* — Histoire, propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, effets thérapeutiques, toxicologie, observations, usages en médecine, formules, etc., par B. Dupuy, pharmacien de 1re classe, ouvrage précédé d'une préface de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. Deux volumes grand in-8° de 800 pages chacun, broché : 32 fr. ; Cartonné toile anglaise, tête dorée : 36 fr. Remise de 20 %.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL, Paris, 14, rue des Carmes, Paris.

Etudes de clinique infantile (*Syphilis héréditaire précoce, Laryngite syphilitique, Broncho-pneumonie par infection intestinale, prophylaxie de la rougeole et de la diphthérie à l'hospice des Enfants-Malades*). Volume in-8° de 143 pages avec figures dans le texe. Prix : 3 fr.

Deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë. Leçons sur la grippe de 1889-1890, par le professeur Grasset et le Dr Rauzier.

Ovariotomies à Clermont-Ferrand, par le Dr Ledru.

Une mission scientifique en Russie, par M. H. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 14 | 5 Avril 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Autographisme et stigmates.

En 1879, M. Dujardin-Beaumetz communiquait à la Société des hôpitaux l'observation d'une malade hystérique chez laquelle on pouvait, à l'aide d'un crayon ou d'une pointe mousse quelconque promenée légèrement sur les différentes parties de son corps, provoquer des reliefs do toute forme et de toute figure qui se développaient en quelques minutes sur tous les points parcourus par l'instrument. Ce phénomène curieux de vasomotricité réflexe est connu sous le nom d'autographisme, proposé par M. Mesnet, qui vient d'en publier quatre nouvelles observations suivies par lui pendant plusieurs années (Académie de médecine, 25 mars). L'étude qu'il a ainsi faite confirme ce qu'on savait déjà : la coexistence avec des troubles fixes et persistants des sensibilités périphériques : analgésie, anesthésie générale ou partielle de la peau et des muqueuses, souvent troubles fonctionnels des organes des sens, particulièrement de la vue et du goût, fréquence des accidents convulsifs et facilité à subir l'action hypnotique, état moral caractéristique des hystériques. Mais M. Mesnet a précisé ce point, à savoir que la réflexe autographique se produit aussi nettement et aussi vite sur les points anesthésiques de la peau que sur les points sensibles ; la sensation de contact du stylet traçant une figure sur la peau n'est nullement nécessaire à l'apparition du relief cutané aux points touchés.

Le premier temps du phénomène est l'apparition d'une rougeur diffuse sur la ligne parcourue par le stylet. Deux minutes après, la lettre ou l'inscription commence à apparaître sous la forme d'un tracé blanc-rosé, d'une teinte beaucoup plus pâle que l'érythème rubéolique qui l'encadre de tous côtés. Bientôt la ligne pâle grossit, prend un relief de plus en plus saillant, arrondi au sommet, jusqu'à atteindre le volume d'une demi-plume d'oie appliquée sur la peau. On peut ainsi obtenir des inscriptions assez développées pour être lues à vingt mètres de distance. L'inscription autographique peut persister pendant deux à six heures ; l'aptitude autographique n'a guère varié depuis plusieurs années que les malades sont en observation. L'intensité en serait plus grande au printemps, à l'époque des règles, dans toutes les circonstances qui augmentent l'excitabilité nerveuse.

Le mécanisme de cette angio-névrose est certainement celui de l'urticaire vulgaire au summum d'intensité.

Rappelant la facilité avec laquelle les hystériques douées d'autographisme sont hypnotisables, M. Mesnet émet l'hypothèse d'un parallélisme entre les troubles vaso-moteurs périphériques et les perturbations cérébrales dynamiques qui accompagnent l'hypnotisme, celles-ci consistant en un trouble intime et profond de la circulation capillaire du cerveau.

En terminant son intéressante communication, M. Mesnet a rappelé qu'au moyen âge les stigmates hystériques sensitifs et vaso-moteurs étaient interprétés comme des marques de la griffe de Satan et conduisirent au bûcher bien des pauvres névropathes condamnées comme sorcières.

Pigmentation de la grossesse.

En général, les troubles de pigmentation ne se montrent chez les femmes enceintes que sur le visage sous forme du masque ou chloasma, et sur la ligne blanche abdominale qui devient brune. M. Tarnier vient d'observer un cas où la femme, arrivée au terme d'une grossesse normale, porte sur la poitrine, les cuisses et le ventre des taches disséminées, de dimensions variant entre 50 centimes et 1 franc. Ces taches sont brunâtres, et la peau intermédiaire plus pâle qu'à l'état normal. Cette dyschromie est donc bien due à une inégale répartition du pigment normal. Cette femme a eu une éruption analogue dans une grossesse précédente ; les tachos ont commencé avec la ges-

tation pour disparaître aussitôt après l'accouchement.

Passage du sommeil naturel à l'anesthésie chloroformique.

On s'occupe, paraît-il, en ce moment en Amérique de l'anesthésie chloroformique pratiquée pendant le sommeil naturel. M. Carhart, dans le *Medical Record*, en a relaté une observation: un enfant de 3 ans 1/2, après une fracture du fémur, s'était endormi épuisé de souffrir et de crier ; le chirurgien en profite pour placer une compresse imbibée de chloroforme à une assez grande distance du visage du petit blessé et l'approche jusqu'à recouvrir complètement la bouche et le nez. L'anesthésie fut bientôt obtenue : le passage du sommeil naturel au sommeil chloroformique ne fut indiqué que par une légère accélération de la respiration. On put réduire la fracture et appliquer l'appareil inamovible sans que l'enfant en eût conscience. Il s'éveilla complètement dès qu'on cessa l'anesthésie. Peut-être y aurait-il quelque parti à tirer de ce mode d'anesthésie.

MÉDECINE PRATIQUE

I

Rubéole, rougeole et roséoles.

On a beaucoup parlé en ces temps-ci à la Société médicale des hôpitaux de la *rubéole* (Rœtheln des Allemands), affection exanthématique fébrile spéciale, autonome, qui a été souvent confondue avec certaines formes anormales de *rougeole* ou avec les *roséoles* ; — ce dernier groupe comprend lui-même des éruptions symptomatiques diverses liées à des intoxications médicamenteuses et à des infections (roséole copahique, roséole syphilitique) et une maladie saisonnière qui paraît elle-même autonome, la roséole idiopathique, roséole printanière.

Parlons d'abord de la rubéole.

M. Juhel-Rénoy, qui en a relaté sept cas, dont quatre observés dans une même famille, lui reconnait les caractères d'un exanthème contagieux, ce qui implique la nature parasitaire, bien qu'on n'ait encore aucune donnée sur l'espèce microbienne. La rubéole est aussi contagieuse que la rougeole et, comme celle-ci, a de la prédilection pour l'enfance, sans épargner l'âge adulte.

L'éruption est polymorphe, tantôt se composant de taches petites, irrégulières, roses comme celles de la rougeole, tantôt ressemblant à l'érythème diffus de la scarlatine, tantôt comprenant les deux types éruptifs.

Le début serait en général brusque, sans prodromes, et l'état général est à peine troublé. Le catarrhe des muqueuses serait exceptionnel. Ces deux caractères suffiraient à faire le diagnostic avec la rougeole et les autres fièvres éruptives, suivant M. Juhel-Rénoy.

Mais l'élément le plus important du diagnostic est l'existence d'adénopathies multiples ; on observe le gonflement des ganglions lymphatiques du cou quelquefois huit jours avant l'éruption qui commence en général par la face. Ultérieurement on constate le gonflement des glandes axillaires et inguinales.

La rubéole est suivie d'une desquamation toujours légère, elle évolue rapidement et guérit toujours.

Les phénomènes de catarrhe des muqueuses existent quelquefois et même assez accentués suivant certains observateurs ; la rougeur scarlatiniforme de la gorge avec gonflement des amygdales a été vue par MM. Lecorché et Talamon et signalée par eux dès 1879.

D'après M. Talamon, l'angine est même fréquente, le coryza, la conjonctivite et aussi la toux laryngée peuvent exister comme dans la rougeole ; aussi ce médecin estime-t-il qu'on a eu tort de vouloir faire de l'absence de ces symptômes un signe de diagnostic avec la rougeole. M. Talamon ajoute que les manifestations muqueuses de la rubéole apparaissent en même temps que l'éruption et ne la précèdent pas de plusieurs jours comme dans la rougeole et dans la rubéole ; l'intensité des symptômes muqueux est proportionnelle à celle de l'éruption cutanée.

Cependant, dans un fait publié par MM. Chantemesse et Widal, les manifestations muqueuses ont précédé de plusieurs jours l'éruption. Mais cette observation d'ailleurs a présenté d'autres particularités. Dans le cas observé par M. Chantemesse, le début se fait par du malaise, un peu de fièvre, diminution du sommeil pendant deux jours ; le troisième jour, coryza intense, angine, avec engorgement de tous les ganglions lymphatiques, notamment de ceux du cou. Puis survient un peu de diarrhée. Le sixième jour se fait une éruption de petites taches un peu surélevées sur le visage avec picotements et démangeaisons. Cette éruption s'est étendue successivement au cou, aux membres supérieurs, puis à tout le corps, avec l'apparence morbilleuse. Les ganglions étaient tuméfiés en plusieurs régions, particulièrement au cou, au point de faire des saillies visibles.

La fièvre tomba dès que l'éruption fut terminée ; vers le huitième jour survinrent des douleurs dans les petites jointures analogues au rhumatisme scarlatin. Au onzième jour, la rougeur des yeux et de la gorge n'avait pas encore disparu et la toux persistait avec expectoration nummulaire. Il n'y eut pas de desquamation apparente.

Ainsi, dans cette curieuse maladie, qui paraît, dans le cas précité, s'être comportée d'ailleurs un peu autrement que la rubéole ordinaire, on relève une éruption et un catarrhe des muqueuses oculo-nasales et laryngo-bronchiques qui sont de la rougeole, une angine et des arthropathies qui rappellent la scarlatine.

L'*adénopathie* est le symptôme vraiment caractéristique ; car ces adénites multiples, et purement congestives, n'ont évidemment rien à voir avec les adéno-phlegmons, les bubons, qui se montrent comme complications de certaines scarlatines graves.

Au point de vue du diagnostic avec la rougeole, M. Rendu a signalé comme un fait important que dans la rubéole la température ne s'élève pas progressivement pendant la période prémonitoire, comme dans la rougeole ; ce n'est qu'au second jour de l'éruption que M. Rendu a constaté une élévation thermique modérée dans un cas qu'il a observé récemment.

Mais M. Cadet de Gassicourt conteste l'importance de ce signe différentiel tiré de la marche de la température. Il a vu plusieurs cas de rougeole indéniable, dans lesquels il n'y avait aucune

ascension thermique pendant la période prééruptive.

Je disais plus haut que le groupe des roséoles comprend une foule d'éruptions sans personnalité nosologique, simples manifestations de la présence dans le sang de poisons, de médicaments ou de microbes. Les diagnostics de ces roséoles se font d'après les circonstances dans lesquelles elles se produisent et le cortège des autres symptômes qui les accompagnent. Parmi les roséoles médicamenteuses la plus connue est celle que cause le copahu.

La roséole syphilitique est la plus remarquable des roséoles par infection. On sait qu'elle peut s'accompagner de fièvre, mais *ne desquame pas*.

Ce dernier caractère est important, puisqu'il est la base du diagnostic avec cette *roséole idiopathique fébrile* que M. Besnier appelle pseudo-exanthème érythémato-desquamatif ; le médecin de Saint-Louis cite le cas d'une dame traitée énergiquement comme syphilitique par un médecin qui n'avait pu faire ce diagnostic.

Suivant M. Talamon, si on lit avec attention la description de la roséole fébrile par Trousseau, on constate que cette roséole diffère de la rubéole surtout parce que l'éruption de la rubéole est polymorphe,tandis que celle de la roséole est une. L'éruption rubéolique est beaucoup moins fugace que celle de la roséole, puisqu'elle peut persister pendant 7 à 10 jours. L'éruption de la roséole apparaît d'emblée sur tout le corps, celle de la rubéole commence à la face et y reste d'abord localisée. Enfin les manifestations catarrhales des muqueuses supérieures, que M. Talamon croit constantes, au moins à un degré léger, dans la rubéole, manquent dans la roséole de Trousseau.

En temps d'épidémie de *grippe,* certains cas avec éruption morbilliforme et catarrhe des muqueuses oculo-nasale et bronchique peuvent embarrasser.La dépression profonde de l'état général des grippés, la myalgie contusiforme et la céphalalgie seraient peut-être les meilleurs moyens d'éviter l'erreur.

Cependant, il y a des cas qui vraiment échappent à toute classification nosologique comme le suivant que je viens d'observer et qu'il me paraît intéressant de consigner, bien que je ne sache comment le cataloguer.

Une jeune fille italienne de 18 ans, d'une santé admirable, n'ayant eu d'autre maladie dans sa vie que la rougeole, est prise au lendemain d'un bal de mal de tête violent, avec tuméfaction légère des paupières, un peu de rougeur des conjonctives. Elle attribue ces phénomènes à un *coup d'air* ; elle se rappelle s'être arrêtée quelques instants en pleine transpiration, après une valse, devant une fenêtre qu'on venait d'ouvrir.

Le mal de tête persiste, continu, avec redoublements lorsqu'elle s'asseoit ou cherche à se lever. Le gonflement des paupières augmente ; elle peut à peine les ouvrir, elle éternue et a l'écoulement séreux d'un coryza assez intense. Je constate 38°9, pas d'albumine dans les urines. Un peu de rougeur des amygdales et du pharynx.

Tuméfaction notable de plusieurs ganglions cervicaux et inguinaux qui sont un peu sensibles à la palpation.

Le cinquième jour apparaissent sur les jambes des macules rosées, irrégulièrement distribuées, non saillantes, plutôt arrondies que déchiquetées ; le lendemain il en existe sur les avant-bras, quelques-unes sur la poitrine et enfin le troisième jour sur les joues et le front, celles de la face étaient légèrement papuleuses. La température fut normale à partir de l'éruption terminée. Au bout de quatre jours l'éruption fut éteinte, les macules roséoliques disparurent suivant leur ordre d'apparition en pâlissant graduellement et sans desquamer.

A ce moment (8e ou 9e jour) se fit dans la cavité buccale une stomatite aphtheuse d'une grande intensité. Sur une muqueuse d'un rouge vif se détachaient une cinquantaine d'aphthes occupant surtout le sillon gingival, la langue et le voile du palais.

A partir de ce jour la céphalalgie et le malaise général disparurent complètement. Il fallut encore quatre jours pour la guérison des aphthes confluents qui empêchaient presque l'alimentation.

Je me demande si j'ai eu affaire à une rubéole ou à une roséole ou à une grippe anormale et tardive. La jeune fille habitait dans un hôtel une chambre où j'ai soigné deux grippés pendant l'épidémie. La stomatite aphtheuse me paraît être une de ces infections secondaires comme il en survient dans beaucoup de fièvres éruptives.

Le traitement consista en antipyrine au début, lotions boriquées chaudes sur les yeux et les paupières. Antisepsie du tube digestif avec le naphtol. Contre la stomatite aphtheuse j'ai eu beaucoup à me louer des collutoires et gargarismes au salicylate de soude à 5 p. 100, comme les a recommandés M. Hirtz. P. Le Gendre.

II

Les injections hypodermiques de créosote.

(Suite et fin.)

Douleur causée par la pénétration des liquides. — L'injection, poussée sans méthode, est douloureuse avec le liquide le plus anodin.

L'eau distillée, l'huile,la vaseline liquide, pénétrant brusquement dans le tissu cellulaire sous-dermique, tiraillent et déchirent les fibres cellulaires ou nerveuses.

Cet inconvénient peut être évité. Il suffit pour cela d'injecter avec une extrême lenteur et de faire sous la peau une diffusion plutôt qu'une collection. Notre appareil répond à cette indication. A différentes reprises nous avons fait passer ainsi sous la peau d'un lapin 30, 40 et 50 grammes d'eau sans provoquer de contorsions. Chez l'homme, nous n'avons pas dépassé la dose de 15 grammes, n'ayant aucun besoin d'injecter davantage ; mais on pourrait injecter au besoin le triple ou le quadruple si l'on en juge par l'innocuité des épanchements séreux. En revanche, nous avons injecté jusqu'à 40 grammes d'huile sans douleur, de sorte que si, pour faire pénétrer un médicament, il faut employer une quantité notable de vésicule, il est inutile d'être arrêté par la crainte de la douleur que pourrait provoquer une injection copieuse.

Douleur causée par les médicaments. — Les médicaments irritants injectés purs provoquent de vives douleurs ; mais, s'ils sont en solution faible, la peau les tolère très bien. Cette douleur, étant donné que l'on supprime celle que provoque une distension rapide des tissus, est en rapport direct avec le degré de leur concentration. 2 grammes d'une solution créosotée à 50 pour 100 provoquent des douleurs quand même. 15 grammes d'huile créosotée au quinzième, contenant la

même quantité de créosote, ne réveilleront aucune plainte. 15 grammes d'eau contenant 1 gramme de bisulfate de quinine ont pu passer ainsi chez une jeune fille atteinte d'accès de fièvres rebelles. Or il serait difficile de faire passer cette dose de sel avec le contenu d'une ou deux seringues de Pravaz. Nous avons obtenu le même résultat avec l'iodoforme, l'eucalyptol, et de notre expérience nous pouvons conclure que sur un sujet banal l'injection d'une solution caustique étendue ne sera pas douloureuse, si, comme précédemment, elle est faite avec une *extrême lenteur* et si la solution est *à un titre s'adaptant* à la sensibilité et à la fragilité du tissu endermique.

Voici les titres de quelques solutions particulièrement utilisées par nous :

Créosote vraie..................	1	gramme.
Huile d'olive aseptisée.........	14	—
Iodol ou iodoforme...........	1	gramme.
Huile d'olive...................	29	—
Acide phénique cristallisé.....	1	grammo.
Huile d'olive ou eau faiblement alcoolisée...................	49	—
Chlorhydrate neutre de quinino.	1	gramme.
Eau distillée et bouillie........	9	—
Antipyrine....................	1	gramme.
Eau distillée..................	10	—

Ces titres sont le résultat de notre expérience ; on peut les affaiblir, mais on ne doit qu'exceptionnellement les forcer.

Réactions nerveuses. — Les réactions nerveuses dépendent avant tout du sujet. A ce titre, il est difficile de faire des injections lentes chez les enfants et chez les névropathes ; mais elles dépendent aussi de quelques particularités de la peau. Si on opère sur la région pectorale externe, on produit très souvent un engourdissement douloureux du bras correspondant. Les injections dans l'aisselle, sur la limite externe du dos, produisent des effets semblables, ainsi que les piqûres du bras faites dans le voisinage des gros nerfs. Dans l'aine, on réveille souvent des douleurs dans le cordon ; dans la jambe, il survient des phénomènes de ce genre quand on opère en avant ou en arrière de la cuisse. Tous ces phénomènes sont *passagers* ; ils ne sont nullement une contre-indication à l'emploi de la méthode.

Absorption. — L'absorption doit être le résultat immédiat de l'injection. Elle dépend de la nature et de la quantité du liquide, de la région et de la puissance absorbante du tissu, autrement dit du sujet.

Les liquides que nous avons fait absorber sont simples ou composés. Les premiers représentent la classe des véhicules, les seconds les solutions médicamenteuses.

L'eau distillée et bouillie est absorbée à très haute dose et très vite. 50 grammes injectés sous la peau d'un lapin adulte disparaissent en trois heures, en moyenne. Chez l'homme, 15 grammes contenant 1 gramme de chlorhydrate de quinine ont disparu en vingt-quatre heures, si on en juge par l'examen direct de la peau. L'eau pure est le meilleur des véhicules, elle ne laisse pas de trace de son passage ; malheureusement elle ne dissout que quelques médicaments : le chlorhydrate de quinine, l'antipyrine, l'alcool, etc.

L'*huile de vaseline*, introduite par Meunier dans la thérapeutique hypodermique, est rapidement absorbée, mais ne connaissant pas les limites de son innocuité nous n'avons pas osé faire absorber plus de 5 grammes, et cela ne répondait pas au but que nous poursuivions.

L'huile d'olive, dissolvant la créosote, l'acide phénique, l'eucalyptol, le myrtol, l'iodol, l'iodoforme, est après l'eau pure le meilleur des véhicules jusqu'à nouvel ordre. Elle doit être absolument pure ; nul n'ignore qu'elle contient des substances animales d'origine parasitaire que l'extraction industrielle ne cherche pas à détruire (1). Il faut donc la purifier avec soin. Nous employons autant que possible des huiles vierges et neutres, et pour prévenir toute altération nous les faisons laver plusieurs fois avec de l'alcool à 90 degrés. Après cette opération qui dure plusieurs jours, on fait bouillir l'huile décantée au bain-marie, l'alcool s'évapore et on a un liquide très pur. L'huile ainsi préparée ne provoque aucune irritation et s'absorbe parfaitement, même à des doses très élevées : 55 grammes par exemple.

Cette dose fut injectée à une malade, atteinte de tuberculose bilatérale, par son mari ; elle fut absorbée en six jours et fut bienfaisante, à notre grande surprise. Nous ne conseillerions pas à nos malades de faire de pareilles expériences ; nous trouvons en général qu'il suffit de faire absorber 14 à 16 grammes suivant les indications.

Que devient le liquide en présence du tissu sous-dermique ? Il s'émulsionne. Bouchard a montré à son cours de 1888, un lapin, qui, treize mois auparavant, avait reçu en sept injections sous-cutanées le tiers de son poids d'huile d'olive, soit 610 grammes. Au moment de la démonstration on n'en retrouve plus que 110 grammes ; 500 grammes avaient été absorbés par l'animal. Le liquide recueilli était laiteux, chyliforme d'aspect ; il était *émulsionné*. Nous ignorons à quoi il faut attribuer ce phénomène mais il est. Des cobayes auxquels nous avons fait des injections de 1 gramme d'huile simple ou d'huile créosotée au trentième, ont parfaitement absorbé ce liquide ; mais contrairement au lapin précédent, ils ont succombé à des embolies graisseuses du poumon et du péritoine. Ces animaux absorbent donc l'huile avec des tolérances variables. Dans deux abcès que nous avons ouverts au huitième jour, nous avons retrouvé des traces d'huile émulsionnée chez l'homme.

L'absorption étant un fait acquis, bien des causes peuvent la retarder ou l'activer. On peut presque préciser le moment de l'absorption par le développement du goût et de l'odeur de certains balsamiques dans la gorge et dans le nez après l'injection. La créosote, l'eucalyptol servent, à cet égard, de pierre de touche pour des doses déterminées.

En général, l'infiltration est plus vite absorbée que la collection. Dans le premier cas, le liquide est, à un moment donné, en contact avec un plus grand nombre de capillaires. Lorsque le tissu cellulaire est très lâche, comme dans l'aine, l'aisselle, le ventre de la femme mère, l'absorption est ralentie ; dans ce cas, 15 grammes d'huile créosotée au 1/15e passent inaperçus pour la gorge ou la pituitaire ; tandis qu'une égale quantité, pénétrant par le dos ou la poitrine, donne le goût de la

(1) Les olives contiennent un grand nombre de vers qui dévorent la pulpe et détruisent souvent les récoltes en entier.

créosote dans la gorge une à trois minutes après le début de l'injection.

Chez les animaux, 2 à 3 grammes d'huile disparaissent en quatre jours au maximum. Chez l'homme, 15 grammes disparaissent, en moyenne, en vingt ou quarante heures, suivant le lieu d'élection ; 50 grammes sont absorbés après six ou huit jours.

Une *lenteur* exagérée de l'absorption est un inconvénient, une lenteur raisonnable a une grande utilité. L'injection est un réservoir dans lequel les vaisseaux vont pomper les médicaments ; si l'absorption était trop rapide, les effets seraient trop violents ou trop fugaces. Dans l'état ordinaire, une injection de 15 grammes d'huile créosotée déversera de la créosote sur les bronches pendant deux ou trois jours environ, et cette dose ainsi graduellement distribuée se joindra à celle qui passant dans les artères reviendra par les capillaires au poumon pour y exercer une nouvelle action topique. Si l'on en croit le témoignage des malades, l'action durerait trois jours. Ces considérations nous amènent à faire un usage discret des injections, soit qu'on redoute l'accumulation des doses, soit que leur fréquence soit inutile. Mais il peut arriver que l'absorption soit trop rapide, c'est qu'alors on a injecté une petite veine. Ce fait, quelque rare qu'il soit, peut se rencontrer avec toutes les injections. Nous l'avons vu se produire il y a quinze ans pour la morphine. Dans ce cas, il y eut des vertiges et des nausées avant l'introduction de trois gouttes de solution.

Nous croyons l'avoir constaté pour la créosote. Dès les premières gouttes d'injection dans la fesse, un malade fut pris de dessèchement instantané de la gorge, du goût de la créosote et de quintes de toux sèche durant quelques secondes seulement ; nous arrêtâmes l'opération. Avec notre système, de pareils troubles sont insignifiants ; mais, si l'injection était rapide, ils pourraient être plus sérieux ; il suffit d'être prévenu pour les éviter.

Enfin l'absorption peut être trop lente. La grande quantité de véhicule, le choix d'une région peu vivante, la vieillesse, rendent l'absorption lente. Les *médicaments* en dissolution peuvent modifier l'absorption de l'huile ou de tout autre véhicule. A un titre faible, ces solutions activent la circulation cellulaire, l'osmose suit le mouvement ; à un titre très fort, elles produisent une action caustique sur les tissus périphériques, qui coagule le sang des capillaires et rend l'absorption sinon tout à fait impossible, dans tous les cas très lente.

5 grammes d'une solution huileuse de créosote au cinquième produisent une induration des tissus qui est un obstacle à l'endosmose. Une solution au même titre de bisulfate de quinine, injectée même à dose moindre, produit le même phénomène ; 2 grammes d'une solution huileuse, à parties égales, de créosote, déterminent une eschare sous-cutanée qui emprisonne pour longtemps l'injection. Nous avons produit le phénomène à volonté chez le lapin.

Ce fait a une très grande importance. Pour faire un dosage thérapeutique sérieux, il faut une absorption de moyenne durée et complète. Avec une solution non caustique on aura un effet de toute la dose ; avec une solution irritante et caustique on n'aura qu'une absorption très minime et indéfinie, alors même qu'on injecterait de très grandes doses de médicament.

Phénomènes accidentels. — Les liquides peuvent produire une irritation, une inflammation suppurative, une induration, une eschare, une ecchymose, une lymphangite. L'irritation dépend de l'asepsie insuffisante des liquides, de leur nature et du degré de concentration des solutions médicamenteuses. Elle dure peu et ne provoque aucune réaction générale. L'inflammation est rare ; elle a son origine dans l'*introduction de microbes ou de corps étrangers sous la peau*. Elle peut se produire avec tous les médicaments : la morphine, la quinine, l'éther, le chloroforme, la créosote.

Au début de nos études, nous avons eu sous nos yeux deux abcès. Le premier se produisit après la vingtième injection de 5 grammes d'huile créosotée au cinquième. Nous injections ce jour-là une huile nouvelle. Après enquête, nous reconnûmes que cette huile était fermentée. Le deuxième abcès survint à la suite d'une injection de granulations d'oxyde de cuivre. A cette date, nos tubes injecteurs étaient en cuivre nickelé ; l'huile, parfois acide, les oxydait ; nous avions cependant la précaution d'amorcer largement notre robinet sur une assiette blanche. Néanmoins, du cuivre pénétra cette fois sous la peau, et nous le retrouvâmes après l'ouverture de l'abcès. Dès ce jour, nous avons employé des tubes en argent fin et nous n'avons plus eu à déplorer de pareils accrocs.

La *lymphangite* se manifeste quelquefois chez des sujets très affaiblis. Mais ceux-ci n'ont plus besoin d'injections, et du reste des cataplasmes de fécule de pomme de terre les calment. Elle peut se produire lorsqu'on se sert d'un appareil laissé au repos depuis longtemps et que l'on utilise à nouveau sans l'avoir préalablement lavé. Il est possible que quelques poussières de caoutchouc les provoquent. Il faut donc changer souvent ces tubes et les tenir très proprement.

L'*induration* présente deux types : le type simple et le type escharotique. On peut les déterminer à volonté sur les animaux avec des solutions diverses de créosote, de quinine, d'essence de cannelle à la moitié, au cinquième. 25 centigrammes de bisulfate de quinine, injectés dans 3 grammes d'eau, dans la cuisse d'un enfant qui asphyxiait, produisirent une induration douloureuse qui dura six mois. L'enfant heureusement fut sauvé d'une mort certaine. Les solutions au cinquième de créosote, d'eucalyptol, forment également des indurations, mais elles cessent rapidement d'être douloureuses, bien que la résorption en soit lente. L'induration escharotique dépend de la concentration des solutions ; elle est résorbable, mais bien lentement. Dans tous les cas sa formation est très douloureuse ; les animaux se débattent et se plaignent.

L'*ecchymose* sous-cutanée est un phénomène sans valeur. Il suffit de se rappeler l'innocuité des hémorrhagies sous-cutanées aseptiques pour être rassuré d'avance sur l'importance très minime de cet accident.

L'*urticaire* a son origine dans la piqûre. Les malades éprouvent des démangeaisons, et il se fait un érythème fugace autour du relief de l'injection. C'est un phénomène sans valeur.

Conclusions. — Grâce à un outillage spécial,

à une application nouvelle des propriétés endosmotiques du tissu sous-dermique et à une méthode opératoire déterminée, nous avons créé un nouveau système d'injection hypodermique des substances irritantes ou caustiques signalées plus haut.

Ces injections n'ont guère d'analogie avec celles que l'on a pratiquées jusqu'à ce jour. Dans celles-ci la proportion de véhicule injectée est insignifiante ; l'action irritante, caustique ou destructive sur le tissu cellulaire est la règle si l'on emploie une dose thérapeutique ; l'absorption est difficile, lente, incomplète ; la douleur très vive.

Avec notre système, la douleur est insignifiante ou nulle, la quantité de véhicule injectée relativement considérable, la dose thérapeutique du médicament à la discrétion du médecin, l'absorption intégrale et rapide ; l'absence de lésion des tissus la règle. Par conséquent, nous avons créé un progrès sur le passé, élargi le domaine déjà intéressant de la thérapeutique sous-cutanée.

Pour ce qui concerne les substances étudiées, nous espérons donc avoir résolu le problème que nous nous étions proposé, à savoir : *Faire tolérer et absorber par la peau les médicaments irritants ou caustiques.*

Dr Gimbert (de Cannes).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Indemnité de maladie, œuvre de droit ou œuvre d'assistance.

L'Association des médecins de l'Oise s'est réunie en février sous la présidence de M. le Dr Cézilly.

Nous reproduisons le discours du président :

Chers confrères,

Je vous ai démontré, en 1889, que l'Association générale pouvait, avec sécurité, délivrer une *indemnité de maladie* de 5 ou de 10 francs, à tous ceux de ses membres qui consentiraient à verser une cotisation annuelle de 24 ou de 48 francs.

Ceci bien établi, je ne vous ai pas dissimulé les difficultés que suscitera le projet ; je désirerais, aujourd'hui, compléter mon exposé par quelques considérations générales.

Au bout de 30 années d'existence, avec les 12 fr. statutaires, l'Association générale fournit des pensions de 600 fr. à toutes les demandes des sociétés locales, aux médecins pauvres que l'âge et l'infirmité ont précipités dans la détresse.

Elle a de ce chef immobilisé près d'un million; mais ces pensions, il faut le reconnaitre, ont l'avantage d'être perpétuelles, en ce sens que d'un titulaire décédé, elles passent à un autre titulaire et l'Association, maintenant qu'elle en a en nombre suffisant, aspire à les porter à 1200 fr.

Cette opération est discutable. Mais laissons de côté ce sujet ; on pourra voir plus tard.

Disons, d'autre part, que les sociétés locales, qui, elles, ont accumulé, dans leurs caisses particulières, toujours avec la modique cotisation de 12 fr., plus d'un autre million, distribuent chaque année, directement à leurs membres, des secours à divers titres, secours qui, par extension louable vont aussi aux veuves, aux orphelins, aux ascendants et parfois aux médecins non affiliés, ces secours, dis-je, ont varié selon les années : de 40 à 50,000 francs et plus.

Personne parmi nous, ne méconnaît ces bienfaits. Mais notre Société de Secours-Mutuels remplit précisément deux buts accessoires des associations qui lui ont servi de modèle. Elle ne dispense pas, à ses membres, l'indemnité en cas de maladie, même à ses affiliés pauvres, d'une façon directe. Ce n'est que par ses secours qu'elle les soulage, lorsqu'ils sont malades et n'ont pas les ressources nécessaires pour faire face au chômage qu'occasionne l'accident ou la maladie.

Pourquoi dès l'origine notre association n'a-t-elle eu en vue que le secours, l'assistance confraternelle, secours et assistance limités à ses participants les plus déshérités. Pourquoi n'a-t-elle conçu qu'une ambition : capitaliser pour procurer aux plus malheureux de ses membres indigents une pension de retraite pour leurs vieux jours ou pour leur délivrer des secours ?

La raison en est bien simple, et j'espère pouvoir la faire toucher du doigt.

Ses fondateurs, les Amédée Latour, Rayer, etc...., s'ils se résignèrent à adopter la forme de société pratiquée par les plus modestes ouvriers, n'ont pas eu le courage d'imiter ceux-ci en réclamant une cotisation annuelle suffisante pour répondre à toutes les nécessités d'une Société de secours. Lorsque certains ouvriers versent jusqu'à 4 fr. de cotisation mensuelle, ils n'ont voulu en exiger que le quart, 1 fr. par mois.

En revanche, dans leur esprit, dès le moment où ils fixaient une si modique cotisation, la pensée dominante était la suivante :

Notre société sera une société de bienfaisance médicale. Le médecin aisé viendra au secours du médecin appauvri. — Le médecin riche dispensera à l'œuvre et son temps et ses dons.

A des aspirations limitées ainsi à la bienfaisance, à la confraternité en action, j'estime que notre Association générale a donné satisfaction, grâce au puissant concours de généreux donateurs, qui, parfois, ont gratifié notre société de dons de plus de cent mille francs.

En conséquence, ce défaut de confiance des fondateurs dans leur œuvre et par suite, cette limitation de son action à la *bienfaisance* étant établis, il est également incontestable qu'en vue de son développement futur il devait se produire une conséquence : *l'Association ne présentant aux jeunes médecins que l'espoir d'être secourus dans certaines occurrences extrêmes, son recrutement devait être forcément limité.*

Il est certain, d'autre part, que si on avait pu dire à ces jeunes médecins : venez à l'Association, à notre Société de secours mutuels, et lorsque vous deviendrez malade, vous aurez, comme dans les autres sociétés de *secours-mutuels*, la faculté de *demander* l'assistance confraternelle; il ne sera pas nécessaire, pour faire cette demande, d'être réduit à l'extrême misère ; la gêne suffira pour vous donner le droit de recourir à notre association; ces occurrences si fréquentes eussent été sans doute un motif bien légitime d'affiliation, puisqu'une maladie un peu prolongée peut amener la déchéance du médecin, par les embarras de toute sorte qu'elle lui suscite.

Nous sommes donc tous d'accord sur ce point : oui, *l'adjonction de la délivrance de l'indemnité au participant qui la réclame est une œuvre bonne et nécessaire.*

Voyons donc comment l'Association pourrait aujourd'hui étendre son action et dispenser l'indemnité en cas de maladie.

Si elle persiste à ne vouloir qu'une œuvre de bienfaisance, d'assistance confraternelle, il faut qu'elle *limite la dispensation de l'indemnité de maladie à ceux qui la demanderont,* de même qu'elle ne délivre ses secours, ses pensions qu'à ceux qui les demandent.

Dès ce moment la dépense se trouve réduite au tiers ou au quart de celle d'une œuvre d'indemnité de maladie semblable à celle que je vous ai proposée dans notre réunion de septembre, organisation qui dispense sûrement l'indemnité à tous ceux qui versent dans le but d'y participer ; si l'Association voulait dispenser l'indemnité de maladie, elle aurait besoin de fonds spéciaux et devrait faire appel à celui qui est actuellement aisé en faveur de celui qui est pauvre, observant d'ailleurs que bien souvent le médecin aisé de la veille devient le besoigneux du lendemain et que l'Association a pour objet spécial d'atténuer ces vicissitudes médicales.

Il est de toute évidence que la cotisation de 12 fr. ne peut dès lors suffire aux anciennes œuvres et à l'œuvre nouvelle.

Nous le prouvons d'une façon bien simple : en 30 années l'Association générale a économisé un peu plus de deux millions, dont un quart provient *de dons*, soit 1.500.000 fr. ; ce qui constitue, pour 8.000 membres, une économie par membre de 185 fr. environ, soit encore 15 des 30 cotisations annuelles de 12 fr. qui sont immobilisées, pour partie, à la constitution du capital des cent rentes viagères de 600 fr. et dont l'autre portion est la fortune des sociétés locales, qui en ont besoin pour la délivrance des *secours annuels*.

Donc, avec 12 fr. la délivrance de l'indemnité de maladie, même restreinte à ceux qui la demandent, est absolument impossible.

Nous pouvons pourtant conclure des constatations qui précèdent, qu'il ne serait pas imprudent pour l'Association, de *distraire de la cotisation statutaire de 12 fr. deux ou trois francs en faveur de l'indemnité de maladie.* L'accroissement de sa prospérité ne serait pas entravé.

Ces 3 fr. représenteraient pour les 8.000 membres, 24.000 fr. disponibles. On reconnaîtra que cette somme est insignifiante par rapport aux cotisations de 48 fr. qu'exige notre œuvre d'indemnité de maladie, œuvre qui, dans la supposition, *absolument chimérique*, que les 8,000 membres de l'Association consentiraient à y participer, aurait une recette de trois cent vingt mille francs.

Mais admettons que l'Association puisse déterminer tous les adhérents à payer une cotisation de 2 fr. par mois, au lieu de 1 fr. A cette somme de 24.000 francs sus-énoncée, elle joindra dès lors une recette supplémentaire de 96.000 fr. ; ce qui lui constituerait une œuvre d'indemnité de maladie pourvue d'un budget de recettes de *cent vingt mille francs.*

Elle pourrait payer ainsi douze mille journées de maladie à 10 fr. ou vingt-quatre mille à 5 fr. Ce qui revient à dire que, des milliers de fois, chaque année elle se rappellerait directement, par ses bienfaits, aux médecins qui ont un réel besoin de ses bienfaits directs.

Elle conserverait ainsi le caractère de bienfaisance confraternelle que lui avaient imposé ses fondateurs primitifs.

Si les directeurs actuels ont, comme nous ne pouvons en douter, l'autorité que leur donne leur caractère et trente années de bonnes œuvres, ils pourraient par un exposé précis, par un nouvel appel à la confraternité, à la solidarité médicales, arriver peut-être à faire partager leurs sentiments par nombre de sociétés locales et à faire voter, *en vue de cette révolution*, le doublement obligatoire de la cotisation.

S'ils adoptaient cette idée, plus ne serait besoin des grosses cotisations dont nous avons démontré l'absolue nécessité pour une œuvre de droit.

Je vous ai exposé *aujourd'hui* et en *septembre* 1889 les deux systèmes qu'on peut préconiser :

1° *L'œuvre de droit* : 48 fr. de cotisation annuelle donnant droit à une indemnité de 10 fr. par jour pendant 4 mois (on peut aisément donner 2 mois d'indemnité pleine et 4 mois de demi-indemnité), ou 24 fr. de cotisation donnant droit à une indemnité de 5 fr. par jour.

Ce système a l'immense *avantage du droit* ; il a le *désavantage de la cotisation obligatoire.*

2° *L'œuvre d'assistance confraternelle.* Elle n'exige que le *doublement de la cotisation statutaire* ; en revanche, elle donne 10.000 ou 24.000 journées d'indemnité, de 10 ou de 5 fr. que l'Association générale délivrera à ses membres, sur leur demande motivée, et d'après un règlement qu'elle élaborera.

Cette œuvre peut s'appliquer à tous et se résume à dire à celui qui le peut *d'assister celui qui a besoin, à charge de revanche.*

Je vous propose, chers confrères, de discuter ces deux questions et de formuler votre opinion par un vote motivé.

L'Assemblée, consultée, repousse à l'unanimité l'œuvre d'assistance et adopte l'œuvre de droit.

VARIÉTÉS

Contre l'abus de la castration ovarienne.

Nous trouvons, sous ce titre, dans le *American Journal of medical Association* un article qui nous a paru mériter la traduction. L'antisepsie a rendu tellement inoffensives les interventions sur l'abdomen, que certains chirurgiens ne se donnent pas la peine d'établir un diagnostic, et ouvrent le ventre pour voir, et non plus seulement pour guérir.

En Europe et en France notamment, ce délire opératoire a soulevé de nombreuses protestations, il est bon de savoir ce que les Américains pensent sur le même sujet.

Dans une critique du mémoire publié par le Dr Miller (de Charleston), sous le titre : *Relation d'une série de laparotomies,* le Dr Truesdale, de Rock-Island, s'exprime de la façon suivante :

« De prime abord, je pris cette relation pour une fantaisie plaisante dirigée contre la facilité et la témérité avec lesquelles on s'est habitué dans ces cinq dernières années à entreprendre de pareilles opérations. Mais un examen plus ap profondi me prouva que l'intention de l'auteur ét ait au contraire d'exposer très sérieusement ses procédés actuels, et qu'il espérait voir ce mém oire accueilli

par la généralité de ses confrères comme le récit d'exploits mervoilleux de chirurgie gynécologiquo. Je n'en disconviens pas ; mais cependant je no puis pas ne pas dire que, dans l'ensemble comme dans les détails, cette relation m'a paru quelque chose de tout simplement stupéfiant et incompréhensible. Quoi ! dans une petite ville isolée de la Virginie occidentale et en l'espace d'une année, quarante-quatre femmes châtrées, abîmées, mutilées !... »

Dans le mémoire si impitoyablement malmené par le Dr Truesdale, le Dr Miller ne nous instruit pas suffisamment sur les conditions dans lesquelles il a opéré, pas plus que sur les indications de chaque intervention ; aussi ne nous croyons-nous nullement autorisés à une critique détaillée de sa statistique annuelle. Mais qu'on nous permette cependant d'assurer en passant le Dr Truesdale de notre cordiale sympathie pour sa protestation indignée contre ce qui nous paraît être un exemple de témérité tel, qu'on trouverait difficilement le pareil dans les annales de la chirurgie de l'abdomen. La hardiesse du Dr Miller ne nous semble pas justifiée par ce fait que son rapport se réduit à l'énoncé d'une liste de laparotomies qui se seraient terminées heureusement. Au point de vue scientifique, ce travail est en somme d'une mince valeur, car les pièces pathologiques n'ont même pas été utilisées, et l'on ne sait rien des résultats lointains des opérations : aussi n'accordons-nous à cette relation qu'une importance purement documentaire. Aujourd'hui, presque partout, on se décide avec une légèreté incroyable à l'opération de Tait, et il est urgent de prendre des mesures contre ce funeste engouement. Personnellement, nous avons observé en un petit espace de temps trois exemples bien typiques d'ablations des annexes de l'utérus en l'absence de toute indication sérieuse. Peut-être le récit est-il de nature à édifier le lecteur sur l'horrible abus que l'on fait d'une opération, d'ailleurs quelquefois précieuse.

Dans le premier cas, on diagnostique chez une jeune femme une tumeur fibreuse du petit bassin présentant à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme. Vite, les ovaires et les trompes furent enlevés ; mais la tumeur, qui sans doute occupait l'utérus, continue à grossir rapidement, jusqu'au jour où, six mois après l'intervention, la patiente donna le jour à un garçon admirablement formé. Voilà une observation qui juge la question de l'influence des ovaires sur la production de l'accouchement, et à ce titre elle est d'une importance scientifique considérable ; pourtant jamais elle ne sera signalée plus au long que par cette courte et fugitive mention.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de constitution robuste qui durant dix années consécutives eut régulièrement un enfant tous les deux ans. Craignant de voir sa famille s'accroître indéfiniment, elle s'en va consulter un chirurgien éminent pour une prétendue maladie des ovaires ; il n'y avait d'ailleurs aucune modification sensible de ces organes. On décide l'opération de Tait, et maintenant le chirurgien et la femme sont également satisfaits, l'un d'avoir pratiqué sans accident une laparotomie, l'autre de s'être mise à l'abri d'une nouvelle grossesse. La patiente a survécu, c'est très bien, mais cela n'excuse ni la hâte du chirurgien dans les interventions, ni sa stupidité criminelle dans le diagnostic.

Le troisième exemple montre comment un homme, d'ailleurs assez honnête, peut être amené par les considérations d'une casuistique transcendante à se faire le complice d'un crime atroce. Une jeune femme de la plus haute éducation, mais d'un tempérament un peu nerveux, avait vécu heureuse pendant les trois ou quatre premières années de son mariage. Au bout de dix-huit mois, elle s'était vue mère d'un garçon bien portant, et un an et demi plus tard un second enfant lui était encore venu. A peu près à cette époque, son mari se laisse aller à un usage immodéré de la morphine et de la cocaïne, et du coup, sa femme qui est passionnément dévouée, tomba dans un état nerveux dépendant de l'hystérie ; par sa sollicitude importune elle pousse son mari à des excès plus grands encore, à la suite de l'un desquels elle absorbe, dans une intention de suicide, une forte dose de chloral. A la fin, le mari qui n'était pas sans quelques notions médicales, conçoit l'idée que les ovaires et les trompes de sa femme sont la première cause de ces troubles domestiques, et il recourt aux lumières d'un docteur. Mais l'exploration bi-manuelle ne découvre rien d'anormal dans les organes pelviens ; d'ailleurs les deux grossesses encore récentes, survenues à court intervalle et heureusement terminées, prouvaient jusqu'à l'évidence que l'état du système génital était chez cette femme absolument physiologique. Pour elle, elle affirmait, contre les prétentions de son mari, que son état nerveux n'était dû qu'aux soucis que lui causait la déplorable habitude de celui-ci. Aussi plusieurs médecins conseillèrent-ils à cet homme la réforme de sa conduite comme le plus sûr moyen de guérir la malheureuse. Mais lui n'écoute rien, et dans l'état d'irresponsabilité qu'avait créé en lui l'abus des narcotiques, il trouve un praticien légalement diplômé qui immédiatement ravit à cette femme ses trompes et ses ovaires parfaitement normaux. La patiente a survécu à l'opération, mais son état mental ne s'est pas amélioré et ne s'améliorera pas tant que la véritable cause de ce trouble nerveux n'aura pas disparu. Comme je le faisais remarquer plus haut, ce cas serait particulièrement intéressant pour un spécialiste en psychologie qui pourrait analyser par quelles inductions originales ce praticien s'est trouvé amené à pratiquer l'opération.

Il y a encore à peine quelques mois, on avait le triste courage de publier dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Boston* une observation de l'ablation des ovaires et des trompes pratiquée sur une jeune fille, sous prétexte d'habitudes de masturbation !

Il est inutile de citer plus longtemps des exemples de cette prostitution de la chirurgie. Cherchons plutôt le meilleur remède à lui opposer. Il faut dire tout d'abord que nous avons dans l'organisation de notre profession elle-même des moyens suffisants pour étouffer cette abominable hérésie. Pas n'est besoin d'entreprendre une croisade, ni de mettre en jeu, comme Horace Greeley contre la saignée, les puissances de la presse ; ce n'est pas non plus la peine d'en appeler à « la Société protectrice des femmes », ni à aucun corps d'état.

Le moyen que nous proposons pour limiter l'abus de la castration ovarienne est bien simple et nous semble efficace. Qu'on exige que dans tous les cas où il n'existerait pas une lésion organique

importante et pour ainsi dire tangible, l'opération de Tait ou de Battey ne puisse être entreprise sans l'approbation d'au moins trois médecins responsables.

Nous pensons qu'une telle façon d'agir assurerait la justesse du diagnostic. La perspicacité de l'ovariotomiste le plus habile est parfois mise en défaut quand il s'agit de reconnaître les modifications des organes ou d'interpréter les symptômes d'une affection, et les plus experts se laissent prendre aux troubles nerveux qui en imposent pour des lésions de l'utérus ou de ses annexes. C'est un point qui mérite une attention sérieuse et sur lequel d'ailleurs a déjà insisté William Goodell. Mais, lorsque la condition proposée plus haut sera remplie, nous avons la conviction que bien moins souvent on aura recours à propos de tumeurs ovariennes imperceptibles et insignifiantes aux dénominations pompeuses d'« ovarite », de « cirrhose » et de « dégénérescence kystique », qui évoquent toujours l'idée de processus morbides graves. Ce n'est pas que nous voulions nier l'existence ni l'importance de ces entités pathologiques, mais nous affirmons que des lésions infimes du stroma de l'ovaire ou des ovisacs sont souvent décorées de faux noms et honorées d'une dignité pathologique qu'elles ne méritent nullement.

Pendant longtemps l'assentiment formel de trois praticiens légalement diplômés était une condition essentielle de toute tentative de délivrance artificielle, et l'expérience a démontré la sagesse et l'efficacité de cette précaution. Car, autrefois on abusait de cette opération, tout comme aujourd'hui l'on en est arrivé à prostituer l'ovariotomie. Mais bientôt, grâce à une pareille mesure, on a arrêté clairement certaines indications bien déterminées, auxquelles tout chirurgien qui respecte son art et sa réputation subordonne sa conduite.

Il va sans dire que les médecins consultants devront être des hommes capables de discuter, c'est-à-dire les égaux de l'opérateur supposé, et non pas des élèves dont la voix ne se ferait certainement entendre que comme un écho des paroles du maître.

(*Province médicale.*) V. T.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat Médical de Boulogne-sur-Mer.

Les modifications au tarif du décret du 18 juin 1811 que propose le Syndicat Médical de Boulogne-sur-Mer sont les suivantes :

1° Unification sur tout le territoire de la République du tarif des honoraires médicaux en matière de justice.

Le Syndicat de Boulogne émet en outre le vœu qu'il y ait auprès de chaque tribunal de 1re instance un docteur en médecine spécialement désigné pour les opérations de Médecine légale, et que ce médecin reçoive un traitement fixe en rapport avec l'importance du Tribunal et avec la valeur de sa situation professionnelle.

Les médecins qui seraient ainsi désignés seraient exemptés de la *prestation de serment*. Le traitement fixe serait indépendant des honoraires alloués pour chaque expertise et dont le détail est consigné dans les paragraphes suivants ; il aurait pour but d'assurer le service de la médecine légale.

2° *Suppression des vacations.* — C'est là un terme vague, ne correspondant à aucun travail défini et à propos duquel des difficultés pourront toujours surgir dans le réglement des honoraires. Il est très facile et beaucoup plus simple de tarifer chaque opération d'une somme fixe.

3° *Création d'un honoraire distinct pour la Visite et le Rapport.* — Il peut se faire, en effet, — dans un cas d'aliénation mentale par exemple, ou encore quand il s'agit de suivre la marche d'une blessure grave, — qu'il soit nécessaire pour le médecin légiste de faire plusieurs examens à des intervalles variés, sans que chaque examen donne lieu à un rapport, et cependant chacune de ces visites devra être rétribuée :

Visite simple	5 fr.
Rapport	5 fr.

4° *Opérations plus difficiles que la simple visite.* — En ce qui concerne les opérations que le décret de 1811 désigne sous cette dénomination, il y a lieu d'en distraire d'abord les *Autopsies* dont il sera question au paragraphe suivant ; et alors on comprendrait sous cette dénomination toute visite dans laquelle le médecin aura fait usage d'un instrument quelconque (spéculum — ophtalmoscope — otoscope, — pansement sommaire, etc.). Il va sans dire que de même que pour la simple visite le rapport serait rétribué à part.

Opération plus difficile que la simple visite	10 fr.
Rapport	5 fr.

5° *Etablissement de trois catégories pour les autopsies.*

A. Autopsie d'un nouveau-né	40 fr.
B. Autopsie d'un adulte	70 fr.
C. Autopsie d'un cadavre en putréfaction	100 fr.

6° *Augmentation des indemnités de transport* qui pourraient être fixées comme suit :

A. Transport par voie ferrée 0 fr. 50 par kilomètre
B. Transport par voiture... 1 fr. —

Il est bien entendu que dans le cas où le médecin voyagerait dans la même voiture que le Parquet il n'aurait droit à aucune indemnité de transport.

7° La journée de séjour s'étendrait depuis 8 heures du matin jusqu'à dix heures du soir et serait comptée à raison de :

Journée de séjour	20 fr.
Demi-journée de séjour	10 fr.

8° Les médecins chargés d'un mandat médico-légal devront toujours être considérés comme des *experts* ; il est indispensable de reconnaître *a priori* leur droit aux honoraires.

9° *Quelle que soit l'autorité requérante,* il y aura lieu d'assurer d'une façon quelconque l'honoraire de toutes les réquisitions faites au nom de la loi, qu'il s'agisse de Parquets, de Juges de Paix, de commissaires de Police ou de Maires.

Adopté à l'unanimité par les membres du syndicat médical de Boulogne-sur-Mer.

Boulogne-sur-Mer, le 23 février 1890.

Le Président du Syndicat,
Dr DELANNOY.

Association syndicale des Médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 31 *octobre* 1889.

Présidence de M. le Dr PORSON.

Sont présents : MM. Destez, Patoureau, Grimail, Chauvet, Perrion (d'Oudon), Alb. Malherbe, Ménager, Pérochaud, Berneaudaux, Chachereau, Polo, Lacambre.

Le procès-verbal de la séance du 30 août est lu et adopté.

M. le Président annonce à l'Association qu'un cas d'exercice illégal de la médecine vient d'être signalé. Une sage-femme, la nommée Jeanne Pineau, de Varades, contrairement à la loi, emploie le forceps quand elle le juge à propos. Plusieurs accidents ont suivi ces opérations ; on cite un cas de mort. Huit certificats attestant ces manœuvres défendues aux sages-femmes ont été déposés au Parquet par le bureau du Syndicat. Le Parquet a commencé une enquête.

M. le Président demande ensuite à l'assemblée s'il ne lui conviendrait pas de s'affilier à *l'Union des syndicats*. La cotisation qu'on nous demande est minime. Le but de l'*Union* est important. Les fonds dont elle dispose sont destinés à subvenir aux frais que nécessitent les procès soutenus par les divers Syndicats de France. C'est ainsi qu'elle a secouru le Syndicat de Domfront, dans une affaire qui a eu quelque retentissement. Cette affiliation ne porterait aucune atteinte à notre autonomie et pourrait nous être utile un jour. L'*Union* s'occupe en ce moment avec ardeur de deux questions favorables à nos intérêts : d'abord de la loi sur la revision des Syndicats professionnels, ensuite de la loi nouvelle sur l'exercice de la médecine.

Dans le courant du mois, notre Président a assisté à la réunion de l'*Union des syndicats*, où il fut appelé à remplir les fonctions d'assesseur, et au banquet qui suivit cette réunion. Il a pu se rendre compte de l'activité avec laquelle les membres du bureau de l'*Union* et les nombreux délégués des Syndicats poursuivent la solution de ces questions.

Des résolutions importantes ont été prises dans cette réunion. Avec le concours d'hommes politiques, tels que M. le sénateur Franck-Chauveau, qui assistait au banquet, de M. le docteur Chevandier, notre champion le plus infatigable à la Chambre des députés, de M. Waldeck-Rousseau, l'auteur de la loi sur les Syndicats, dont les sympathies nous sont acquises, il n'est pas douteux que la campagne, qui va être entreprise par l'*Union des Syndicats* ne soit couronnée, de succès.

Enfin, dans cette dernière séance de l'*Union*, notre secrétaire général, le docteur Luneau, eût probablement été nommé secrétaire de l'*Union*, si nous avions été affiliés.

M. le docteur Chachereau fait observer que nous avons déjà fait adhésion à l'*Union*, puisque, dans le procès de Domfront, chacun de nous a souscrit.

L'adhésion à l'*Union des Syndicats* est mise aux voix et votée à l'unanimité. La cotisation sera prise sur les fonds du Syndicat et versée par le Trésorier.

M. Frangeul (de Varades) et Gafé (de Nantes) sont ensuite admis comme membres du Syndicat.

La séance est levée à 6 heures.

Séance du 29 *novembre* 1889.

Présidence de M. le Dr PORSON.

Sont présents : MM. Destez, Patoureau, Luneau, Grimaud, Berneaudeaux, Grimail, Toché, Samson, Polo, Vince, Chachereau, Lacambre, Attimont, Dorain, Blaizot, Teillais, Charrier, Pérochaud.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Barat-Dulaurier, président de l'*Union des Syndicats*, nous remerciant de notre affiliation à l'*Union*. M. Barat-Dulaurier profite de l'occasion pour nous recommander l'étude de plusieurs questions d'intérêt général, en particulier de la revision des honoraires dans les expertises médico-légales. Cette question n'a pas été soumise jusqu'ici aux délibérations du Syndicat, parce que, dans notre département, le tribunal de Nantes en particulier s'est attaché des médecins légistes spéciaux ; mais, si l'occasion s'en présente, il ne manquera pas d'étudier cette importante question.

M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, a envoyé à notre Président les documents officiels qui ont déjà paru sur la question de l'Assistance publique et nous enverra les nouveaux fascicules au fur et à mesure de leur publication. Ces documents ont été remis aux mains de M. le docteur Teillais, président de la Commission départementale de l'Assistance publique.

M. le Président a reçu une lettre d'un de nos confrères de Nantes, qui se plaint de l'usurpation par l'un de ses voisins, officier de santé, du titre de docteur. La plainte a été transmise au Parquet, et M. le Procureur a fait enlever au délinquant la plaque qui portait ce titre.

Un médecin de la campagne demande à l'Association si les sages-femmes ont le droit de pratiquer la version. Dans le cas spécial qu'il cite, il y a eu mort de l'enfant. L'Association est d'avis que, dans certains cas urgents, la sage-femme peut pratiquer cette opération.

Un médecin de Nantes, se croyant offensé par le compte rendu d'une séance précédente, donne sa démission en termes blessants pour les secrétaires. M. le docteur Teillais émet une motion dans laquelle il demande que l'assemblée reconnaisse que l'honorabilité des secrétaires n'est pas atteinte et que le Syndicat ne leur doit que des remerciements. Cette proposition, mise aux voix, est votée à l'unanimité et l'Association passe à l'ordre du jour.

Jeanne Pineau, sage-femme à Varades, a été condamnée pour exercice illégal, à 15 francs d'amende.

Moreau fils est actuellement poursuivi pour une réduction de luxation de l'épaule si malheureusement opérée, que le blessé reste avec une paralysie du nerf radial.

M. le Président fait connaître qu'il a eu un entretien avec M. le Maire au sujet du Service médical de nuit. M. le Maire se propose de réduire les honoraires des médecins à un chiffre tout à fait inférieur. Le Syndicat donne pleins pouvoirs à M. le Président pour traiter la question avec M. le Maire au mieux de ses intérêts.

MM. Bellouard, Boiffin, Gaboriau, Guillou (de Nantes), sont admis, à l'unanimité, membres du Syndicat.
La séance est levée à dix heures.

—

Séance du 27 décembre 1889.

Présidence de M. le Dr Porson.

Sont présents : MM. Destez, Crimail, Luneau, Grimaud, Attimont, Blaizot, Chachereau, Pérochaud.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Une plainte a été adressée au Bureau pour exercice illégal de la médecine par un pharmacien. Ce pharmacien a cautérisé la muqueuse buccale d'un patient d'une façon si brutale, que le malade ne peut être guéri avant plusieurs semaines. De plus, il fournissait, à chaque séance, de prétendus dépuratifs. Le malade se plaint des dépenses, relativement considérables, que lui a occasionnées ce traitement. Malheureusement, au dernier moment, le malade, cédant à une pression intéressée, refuse son témoignage à la Justice. L'affaire n'a pu qu'être classée dans nos archives.

Moreau fils doit comparaître devant le tribunal, le 30 de ce mois.

La Société des Patrons menuisiers demande à traiter avec le Syndicat sur de nouvelles bases d'honoraires. M. le docteur Chachereau est chargé des négociations.

Le Président de l'Association des Étudiants remercie le Syndicat des fonds qui ont été votés pour les frais funéraires d'un étudiant en médecine.

M. le Président rend compte de la mission que le Syndicat lui avait confiée près de M. le Maire pour la réorganisation du service de nuit. Les conditions proposées par M. le Maire paraissent inacceptables. M. le président propose que, si la Municipalité persiste dans ses exigences, la question soit soumise à la Commission départementale d'études de l'Assistance publique, à qui serait demandé un projet de réorganisation du Service médical de nuit.

Cette motion est adoptée.

M. le docteur Josso (de Nantes) est admis à l'unanimité.

La séance est levée à neuf heures et demie.

Le Secrétaire général,
Dr Luneau.

Le Secrétaire des séances,
Dr Pérochaud.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons le regret de faire part du décès de M. le professeur Ulysse Trélat, décédé le vendredi 28 mars à 4 heures du matin. Chirurgien éminent, orateur éloquent, une des gloires de la chirurgie française, M. Trélat laisse d'unanimes regrets.

—*Association générale des médecins de France*. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 13 et 14 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 13 *avril* 1890. — 1° Allocution du président ; 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Passant, membre du Conseil général ; 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1889, par M. A. Riant, secrétaire-général ; 5° Election d'un vice-président.

Ordre du jour de la séance du lundi 14 *avril* 1890. — 1re Partie : Vote des conclusions du rapport de M. Richelot, sur les pensions viagères ; etc. — 2e Partie : 1° Rapport de M. Lereboullet, sur le vœu de la Société de la Gironde (*Assurance contre la maladie)*, et le vœu de la Société de l'Oise (*Indemnité aux médecins malades*) ; 2° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de l'Aveyron (*Réforme des tarifs de* 1811, *applicables aux médecins légistes*). (*Modifications proposées*) ; 3° Rapport de M. de Ranse, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1891.

— *Banquet de l'internat en médecine*. — Le banquet annuel des internes en médecine de Paris aura lieu le samedi 12 avril, à sept heures et demie, salle Kriegelstein, rue Charras, (derrière l'Opéra).

Le prix de la souscription est fixé à vingt francs pour les anciens internes et à seize francs pour les internes en exercice.

Le montant de la cotisation peut être remis dans les hôpitaux, à l'interne économe de la salle de garde de médecine, ou au docteur Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges, Paris.

— *Inauguration de la clinique d'accouchements Baudelocque*.— Nos lecteurs se rappellent comment fut décidée il y a plus de trois ans, par la Faculté de médecine de Paris, la transformation de la chaire *théorique* d'accouchements en chaire de *clinique* obstétricale ; c'est dans l'enceinte de l'ancienne Maternité du boulevard Port-Royal, 125, boulevard Port-Royal,qu'est installée et que fonctionne depuis plusieurs mois déjà la nouvelle clinique ouverte seulement aux étudiants en médecine.

Elle a été inaugurée officiellement le 21 mars dernier : c'est devant un nombreux auditoire d'élèves et d'amis que le professeur Pinard a pris la parole. D'une voix profondément émue, il a retracé les principales étapes de sa carrière, rendant hommage à ceux qui l'avaient aidé et conseillé ; puis, dans un discours aussi substantiel dans le fond qu'élégant dans la forme,il a rappelé combien était nul l'enseignement de l'obstétrique pendant les deux derniers siècles, combien il était insuffisant pendant la première moitié de ce siècle.

Aujourd'hui — sans parler des services d'accouchement des hôpitaux — les étudiants peuvent et *devront* bientôt apprendre leurs accouchements d'une manière pratique dans les deux cliniques de la Faculté : l'une dirigée avec tant d'autorité par le Dr Tarnier, dont le nom était applaudi chaque fois qu'il était prononcé ; l'autre ou le Pr Pinard met à la disposition des élèves, comme il l'a dit, « tout ce qu'il possède d'énergie et de

volonté » : ceux qui le connaissent savent que ce ne sont pas là de banales promesses!

En terminant, pour montrer combien était grande pour le médecin la nécessité d'être expert, M. Pinard a tracé un tableau vraiment saisissant de la femme en travail, de ses cris, de ses supplications et des émotions qu'éprouve l'accoucheur en ce moment difficile.

Grâce à l'organisation des deux cliniques, il est maintenant permis d'espérer qu'aucun étudiant en médecine ne sera reçu docteur sans avoir fait au moins lui-même deux accouchements et sans en avoir vu faire un bon nombre. C'est là un immense progrès auquel le *Concours médical*, toujours soucieux des intérêts des étudiants, applaudit d'autant plus volontiers qu'il a toujours été un des premiers à en demander la réalisation.

— Par le fait des vaccinations pratiquées avec suite, la variole, qui dévastait la Cochinchine, y est maintenant à peu près inconnue. Le gouverneur de l'île de la Réunion vient de rendre la vaccination obligatoire. En France, ce n'est que par l'Ecole et par l'armée qu'on peut agir ; il y a des progrès accomplis et bientôt, espérons-le, malgré les clabauderies des antivaccinateurs, les mesures légales vont être complétées.

— D'après les délibérations du conseil supérieur de l'Assistance publique auront droit aux secours les indigents et tous ceux qui seront *admis au secours*. Il faudra que le conseil supérieur se rende bien compte du nombre de gens qui pourront entrer dans cette dernière liste et veiller aux intérêts des médecins de campagne qui pourront être assez lésés pour qu'ils ne voulussent pas faire les frais de la réforme. *Ces frais doivent incomber à la Société et non aux médecins.*

— La Société des Crèches, 27, rue de Londres, a débuté, en 1844, par deux mille journées de présence. Actuellement il y en a près de 400 mille dans la Seine. On compte 250 crèches en France, dont 64 dans la Seine. Elles ont rendu des services inappréciables et il appartient aux médecins de les propager dans les centres industriels et agricoles. Le Bulletin de la Société est envoyé à tout souscripteur de 10 fr.

— Les admirateurs anglais et américains de M. Pasteur « du grand Pasteur, le bienfaiteur de l'humanité », comme ils disent, lui offrent un Album. L'Allemagne nous convie à un Congrès. Elle n'a jamais rendu hommage au *grand Français*, le vrai. L'album porte les noms du prince de Galles, de Lister, de la plupart des professeurs des Universités d'Angleterre, d'Ecosse, d'Amérique.

— Il nous paraît utile de reproduire une anecdote du *Journal de médecine de Paris*, au sujet des tentatives d'escroquerie dont sont coutumiers, avec plus ou moins d'audace, nombre de coiffeurs de Paris. La scène se passe dans une boutique de la rue Saint-Honoré.

C'est le garçon coiffeur qui parle à un honorable capitaine d'infanterie :

— « Vous ne vous soignez pas, monsieur? Vous avez une desquamation du cuir chevelu, lui dit le garçon d'un ton entendu.

— Moi ? Mais je n'ai rien du tout, répond l'officier.

— Oh ! monsieur, pardon. Votre cuir chevelu est gravement atteint ; regardez dans le peigne fin les croûtes que je viens d'enlever. Vous avez des masses de petits boutons sur la tête, et des pellicules en quantité.

— Mais non, réplique l'autre, c'est de la poussière du chemin de fer.

— Mon Dieu, monsieur, voyez plutôt vous-même.

Et ce disant le garçon montre au capitaine des gouttelettes de sang qui tachent le peigne et la serviette.

— Tiens ! c'est vrai. Je n'éprouve cependant rien, poursuit l'officier un peu inquiet.

— C'est toujours comme cela en commençant ; mais dans quelque temps, vous allez voir — si vous ne soignez pas cela...

L'officier, de plus en plus effrayé, lui demande s'il ne connaît pas un remède contre cette redoutable maladie.

— Si, monsieur, nous avons là quelque chose d'excellent : le Jaborandi. Voulez-vous en essayer ?

L'offre est acceptée de grand cœur ; on fait au patient une longue friction, après quoi on lui présente la petite note ci-jointe :

Un flacon jaborandi avec étui......	20 fr.	»
Une brosse à friction..............	4	»
Huile au quinine (1 flacon et étui)..	12	50
Brosse à huile....................	3	25
Peigne en écaille..................	10	»
Brosse à peigne...................	2	25
Travail complet (!)................	2	»
Total.........................	54 fr.	»

Cinquante-quatre francs ! Le traitement parut cher au malade qui, cependant, paya sans résistance et s'en fut en courant chez le médecin, qui, après un rapide examen, le renvoya chez le commissaire de police pour y déposer une plainte en escroquerie.

Cependant, les jours se passaient et l'officier n'avait pas de nouvelles de son coiffeur, ni de sa plainte. Furieux à la fin, et croyant qu'il allait être berné par la justice comme il l'avait été par la Coiffure, il écrivait le mois dernier au procureur de la république une lettre où nous relevons ce passage :

Je voudrais bien savoir où en est la plainte en escroquerie contre X... Dans le cas où cette affaire ne pourrait être réglée par des moyens légaux, *je suis décidé à me faire justice moi-même*, et à infliger au sieur X... une correction qui le mettra hors d'état de faire de nouvelles dupes.

L'officier n'a pas eu à se faire justice lui-même : la 11e chambre, en effet, l'a vengé, en infligeant 500 fr. d'amende au patron, 100 fr. à son garçon.

Ils auraient peut-être mieux aimé la correction du capitaine.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Congrès international de Sauvetage. Compte rendu publié par le secrétariat général du Congrès. Prix : 4 fr. 50.

Adresser toute demande à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 15 | 12 Avril 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Intoxication saturnine par un clysopompe.

Les accidents causés par le plomb sont fréquents, beaucoup plus qu'on ne le croit; le plomb pénètre en nous de tant de manière, il joue un si grand rôle dans notre civilisation qu'il faut toujours y penser en présence d'accidents obscurs. Reignier (de Surgères) vient de nous communiquer un cas que nous publierons très prochainement et dans lequel le saturnisme simulait la dengue. Nous trouvons dans le *Poitou Médical* (1er avril) le cas suivant communiqué par M. Duany-Soler à la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle.

Une dame avait l'habitude de prendre chaque jour un lavement. Un jour, notre confrère fut appelé par elle pour des coliques gastro-intestinales très vives et une constipation opiniâtre ; il crut avoir affaire à un simple embarras gastrique, et prescrivit un lavement purgatif tout d'abord, et pour le lendemain un éméto-cathartique, en cas de nécessité. Selles copieuses le même soir, soulagement très sensible. — Dès le lendemain, la malade se remit à prendre son lavement quotidien. Une dizaine de jours plus tard, la malade fait appeler de nouveau son médecin pour les mêmes accidents, et accuse en outre un goût douceâtre, sucré dans la bouche. Mis en éveil, M. Duany-Soler constate un liseré gingival très net et quelques plaques ardoisées à la face interne des lèvres et des joues. L'eau oxygénée mise, en effet, en contact avec le liseré et les plaques, donnait naissance à une traînée blanchâtre de sulfate de plomb.

Notre confrère se mit alors à chercher le plomb, un peu partout, sans succès, lorsque sa malade lui apprit que, son irrigateur ordinaire étant cassé, elle avait acheté un clysopompe bon marché, et s'était aperçue que la face interne de son clysopompe perdait un peu de sa peinture à chaque lavement. Quelques parcelles de cette peinture détachées avec l'ongle, dissoutes par l'acide nitrique et traitées par l'iodure de potassium, donnaient un précipité d'un beau jaune, soluble dans un excès d'iodure. Le clysopompe était donc grossièrement peint à la céruse imparfaitement cuite et chaque lavement entraînait quelques parcelles de plomb.

Lait maternel artificiel.

M. Jumon nous dit, dans la *France médicale*, que d'après le Dr Schmidt (*Deutsch. med. Zeit.* 1890), on peut donner au lait de vache les qualités particulières du lait de femme.

Ce dernier représente un aliment pauvre en albumine et riche en sucre de lait, ce qui est l'inverse pour le lait de vache. Dans le lait maternel, le rapport des matériaux nutritifs est environ 1 : 10, tandis qu'il est 1 : 3 dans le lait de vache. Au point de vue physiologique, il n'y a donc pas équivalence entre les deux laits. Pour atteindre ce but, l'auteur recommande l'emploi d'une solution de sucre de lait à 11 ou 12 pour 100 pour couper le lait à la place de l'eau. On mélange deux volumes de cette solution à un volume de lait de vache qui renferme 3 pour 100 d'albumine, 3,6 pour 100 de graisse, 4,8 pour 100 de sucre de lait et 0,6 pour 100 de cendres ; on obtient un liquide qui renferme 1 pour 100 d'albumine, 1,2 pour 100 de graisses, 8,9 pour 100 de sucre et 0,2 pour 100 de cendres. Or le liquide obtenu est sensiblement de même composition que le lait maternel et comme lui se coagule en masses finalement granuleuses au lieu de donner un précipité caillebоté.

Abcès multiples chez les nourrissons.

La cause des abcès multiples chez les tout jeunes enfants n'est pas toujours facile à déterminer. Dans bon nombre de cas la tuberculose est en jeu. Dans d'autres cas il s'agit de l'inoculation de proche en proche d'une première collection purulente ecthymateuse. Certains cas sont liés à une pyohémie puerpérale dont la plaie ombilicale est la porte d'entrée. Mais dans d'autres, suivant M.

Budin, comme on ne trouve aucune érosion du tégument externe, il faut chercher ailleurs le mode de pénétration des microbes pyogènes et on découvre que la nourrice est atteinte d'une inflammation suppurative des conduits galactophores. La galactophorite doit donc être recherchée, et quand elle existe, il faut suspendre l'allaitement ; car le lait qui se charge de microbes pyogènes en traversant les canaux d'excrétion communique à l'enfant une pyohémie, d'ailleurs bénigne en général. M. Couder a observé un cas de ce genre dans le service de M. A. Ollivier.

Absorption intestinale de l'eau de Vichy en lavements.

M. Frémont nous apprend, dans les *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, que dans les cas où une cause quelconque (vomissements incoercibles, nécessité de ne pas dilater l'estomac par ingestion d'eau en dehors des repas), gêne l'administration de l'eau de Vichy par la bouche, on peut encore tirer parti de celle-ci en l'administrant en lavements.

Le plus souvent, dit notre confrère, les malades atteints d'affection du foie et de dilatation de l'estomac supportent bien la médication thermale ordinaire. Peu à peu leur estomac fonctionne mieux, et on arrive rapidement à leur faire prendre sans inconvénient la quantité d'eau minérale nécessaire pour modifier et guérir l'affection du foie. Il arrive cependant que l'estomac reste faible, qu'il refuse le moindre surcroît de travail, et qu'il fait perdre un temps précieux. Les lavements d'eau minérale, inoffensifs, qui n'ont d'autre inconvénient que l'ennui de leur administration, peuvent alors rendre de grands services. L'eau minérale de Vichy, portée profondément dans l'intestin à la dose de 250 grammes chaque fois, est parfaitement tolérée. L'absorption de ce lavement d'eau minérale est prouvée par les modifications des urines qui deviennent plus abondantes, plus limpides, moins colorées et moins acides. L'observation clinique démontre leur action favorable sur le foie.

Scolioses dans les névralgies sciatiques.

M. Charcot et ses élèves Babinski et Ballet ont décrit une déformation scoliotique causée par l'attitude particulière du corps dans la névralgie sciatique. M. Brissaud vient d'en reprendre l'étude dans les *Arch. de Neurologie* (1890, 4° 1)

La sciatique peut n'être pas limitée exclusivement au tronc et aux branches de ce nerf, mais s'étend parfois à tout le plexus lombo-sacré. Névralgie ou névrite, elle peut s'accompagner de spasmes douloureux ou de véritables contractures.

Certaines sciatiques comportent une déviation du rachis qui mérite le nom de scoliose ; celle-ci s'observe le plus souvent du côté opposé à la sciatique (scoliose croisée), mais parfois du même côté (scoliose homologue) ; cette dernière paraissant due à la complication spasmodique.

Cette inclinaison dépend du raccourcissement du membre provoqué par la flexion de la jambe; elle a pour conséquence une diminution de l'intervalle costo-iliaque, analogue à celle qui se produit à l'état normal dans l'attitude dite *hanchée*. Le membre malade est plus ou moins flasque, et fléchi au niveau du genou, le pli fessier est abaissé, et la plante du pied repose à terre par toute sa surface.

La déviation ne provient pas du fait seul que le malade fait porter instinctivement tout le poids de son corps sur la jambe saine, mais aussi de l'inaction des muscles fessiers et lombaires du côté malade. Que si ces muscles, au contraire, viennent à se contracturer, leur action peut n'être pas suffisante pour contrebalancer celle des muscles sains et alors l'inclinaison du tronc s'observe néanmoins du côté sain.

Il est permis de supposer que la persistance de l'attitude vicieuse après la guérison de la névralgie peut être rapportée, soit à un spasme, soit à des rétractions fibro-tendineuses des muscles du côté sain. La scoliose *croisée* est ainsi produite par la contraction des muscles du côté sain ; la scoliose *homologue*, au contraire, est produite par la contracture des muscles du côté malade. Elle siège alors dans les muscles innervés par les plexus lombaire et sacré qui sont inégalement contracturés. Il s'agit en réalité d'un spasme analogue à celui qu'on connaît dans d'autres névralgies. Si le spasme musculaire est limité aux muscles du membre inférieur seuls, la scoliose est *croisée* comme dans les sciatiques non spasmodiques.

Traitement du bubon.

D'après M. Cordier, chirurgien en chef de l'Antiquaille (*Lyon médical*), on obtient un bon résultat en agissant de la manière suivante, que le bubon soit simplement inflammatoire ou consécutif au chancre mou.

Ponctionner le plus tôt possible, au risque de ne pas trouver de pus. Sans exercer de pression, injecter 1 centimètre cube de la solution au 1/50e de nitrate d'argent. On fait un pansement à l'iodoforme et on applique un spica.

Si le pus est déjà collecté en assez grande abondance, on fait écouler la première injection et on en abandonne une seconde dans la cavité. La suppuration continue pendant trois ou quatre jours et l'orifice se ferme. On est assuré, dit M. Cordier, d'obtenir ainsi une guérison très rapide qui n'est jamais suivie de lésion cicatricielle.

Délire maniaque pseudo-typhoïde dans l'influenza.

Le cas suivant, communiqué par M. Joffroy à la Société des hôpitaux, continue l'apport de tant de faits si curieux dont nous devons la connaissance à la dernière épidémie.

Un homme de trente-quatre ans, bien portant, sobre, d'un tempérament nerveux très impressionnable, et présentant un léger degré de strabisme, est atteint subitement, au mois d'octobre dernier, d'une fièvre très vive, avec céphalalgie intense. En même temps on note un mal de gorge léger et une légère éruption scarlatiniforme.

Le médecin du malade pensa d'abord à une scarlatine, surtout à cause de l'élévation de la température, mais le peu d'intensité de l'angine, l'absence d'albuminurie à aucun jour de la maladie, la desquamation réduite à une exfoliation épidermique furfuracée, s'expliquant peut-être autant par les sueurs abondantes que par l'éruption, éloignèrent rapidement l'idée de ce diagnostic et firent songer à une fièvre typhoïde. Mais c'est en vain qu'on chercha les taches rosées len-

ticulaires, le gargouillement de la fosse iliaque, etc. On pensa alors à une méningite ; M. Joffroy fut appelé à voir le malade à ce moment, mais suspendit son diagnostic, et ce ne fut que plusieurs semaines plus tard que, instruit par l'observation d'autres cas graves d'influenza, il comprit à quelle affection il avait eu affaire.

Au moment où M. Joffroy vit le malade, il avait une perte absolue de mémoire, ne se souvenait absolument de rien, ni des actes récents, ni des actes anciens, méconnaissait ses parents les plus proches, prenait pour ses amis des personnes qu'il voyait pour la première fois, ignorait s'il faisait jour ou nuit.

Par moments, il était plongé dans un mutisme absolu, mais souvent, par contre, il chantait des refrains populaires, ou bien parlait comme s'il se livrait à certaines occupations professionnelles. Souvent alors, voulant joindre l'acte aux paroles, il sortait de son lit pour agir lui-même. Jamais, dans son délire, il n'a présenté de fureur, et c'est toujours avec facilité qu'on le faisait se recoucher quand il s'était levé ou bien qu'on le décidait à prendre ses médicaments. Parfois, il a eu des terreurs, avec crainte d'être tué. Il est difficile de dire s'il avait ou non des hallucinations de la vue ou de l'ouïe.

Ces troubles, à l'inverse de ce qui s'observe dans la fièvre typhoïde, furent pendant plus d'une semaine presque aussi accusés pendant le jour que pendant la nuit. Ils durèrent deux semaines, et pendant tout ce temps, la température resta fort élevée, au voisinage de 40° ou même les dépassant, malgré l'usage à doses élevées de sulfate de quinine et d'antipyrine.

La parole du malade présentait aussi certaines modifications importantes, elle était brève, saccadée et parfois embarrassée comme dans certains cas de paralysie générale.

En présence de ces accidents, on pouvait craindre que, si le malade guérissait, il ne conservât des troubles permanents ou très prolongés de l'intelligence.

Il n'en fut rien. La fièvre disparut le dix-huitième jour de la maladie, et avec elle le délire — peu à peu, et en quelques jours, la mémoire revint, et avec elle l'intelligence dans toute son intégrité, à ce point que, trois semaines après cette grave maladie, le malade put reprendre toutes ses occupations habituelles sans conserver aucun vestige notable de troubles mentaux si graves. Il y a là une différence d'autant plus frappante avec ce qui se passe après la fièvre typhoïde que, pendant sa durée, ce délire présentait une plus grande analogie avec le délire typhique.

Névralgies grippales suivies d'atrophie musculaire.

Encore une contribution à la grippe.

M. *Joffroy* rappelle que, pendant la dernière épidémie d'influenza, on a observé les névralgies les plus diverses ; pas un nerf, on peut le dire, n'a été épargné.

Chez deux malades j'ai observé, à la suite de névralgies cervico-brachiales, une atrophie musculaire évidente et des symptômes tels que l'existence d'une névrite était hors de doute. A quoi pouvait-on attribuer la névrite dans ces conditions ?

On peut admettre qu'il existe une méningite spéciale, qui produirait d'une part, par son action irritative sur les racines nerveuses, les douleurs si intenses de l'influenza, d'autre part, par une persistance plus marquée en certains points, déterminerait la névrite. Cette hypothèse s'appuierait sur des autopsies de sujets morts de pneumonie grippale, autopsies dans lesquelles existaient des plaques de méningite cérébrale limitée.

On pourrait encore admettre qu'il s'agit de névrites infectieuses, comparables à celles qu'on observe dans différentes affections toxiques.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *De la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine.*— II. *De la laparotomie en obstétrique.* — III. *De l'application de forceps sur le siège.*

I. De la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine.

La mort du fœtus est un accident qu'il n'est point très rare d'observer dans le cours de la grossesse. Dans un certain nombre de cas, lorsque le fœtus est mort, le travail ne tarde pas à se déclarer et l'utérus se débarrasse du produit de conception et des annexes.

Il n'en est pas toujours ainsi : le fœtus mort peut être retenu pendant un certain temps dans la cavité utérine. Quelles sont les modifications que subissent alors le fœtus et les différentes parties constituantes de l'œuf ? A quels signes peut-on reconnaître la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine ? Quelle est la conduite à tenir ? Ce sont ces différentes questions qu'étudie le Pr Pinard dans une revue très intéressante. (1).

Les phénomènes observés chez le fœtus mort dans la cavité utérine varient suivant l'âge auquel la mort vient frapper le fœtus. Lorsque l'embryon succombe pendant les deux ou trois premiers mois de la vie intra-utérine, il se *dissout*, ce qui s'explique par suite de la composition chimique du corps de l'embryon qui est surtout formé d'eau. Le temps nécessaire pour que cette dissolution s'opère est court dans les premières semaines, plus long dans le deuxième mois. Le liquide amniotique est plus épais et d'apparence plus louche, quelquefois laiteuse. Au moment de l'expulsion de l'œuf, on ne trouve plus de traces du fœtus : d'où les dénominations *d'œufs clairs, d'œufs vides, de faux germes.*

Pendant la deuxième période de la vie intra-utérine, le fœtus mort subit des altérations qui ont été fort bien décrites par Lempereur : « le fœtus, plongé dans le liquide amniotique comme un fruit dans une liqueur, y éprouve quelques-uns des changements qu'on observe dans ce dernier cas. Les tissus encore mous se concentrent, se resserrent, se condensent ; ils diminuent de volume, se réduisent à une couche plus mince, se raccourcissent en un mot : d'où les dénominations d'*atrophie*, *momification* ou *dessiccation du fœtus*. Le fœtus prend une coloration terreuse grise, jaunâtre et terne. Le liquide amniotique terreux, épais, finit par disparaître en déposant sur le fœtus un sédiment analogue au dépôt des eaux débordées. »

La *macération* est l'altération du fœtus la plus

(1) Pinard. *Revue prat. d'obst. et d'hyg.*, décembre 1889, janvier et février 1890.

fréquemment observée : elle se produit presque constamment quand le fœtus est frappé de mort, depuis le cinquième mois jusque vers la fin de la grossesse. Sous l'influence de l'eau et de la chaleur seulement, la décomposition est lente, elle évolue sans production de gaz, d'odeur, de teinte verte cadavérique : elle ne retentit en aucune façon sur l'organisme maternel. Le corps du fœtus macéré semble ramolli en entier et s'affaisse sur lui-même : tous les tissus sont infiltrés, imbibés par une sérosité rougeâtre qui les teint en rouge brun plus ou moins foncé. La peau est brunâtre, rouge ou parcheminée, tantôt couverte de phlyctènes, tantôt dépouillée de son épiderme, selon la durée plus ou moins longue de la macération. La tête est plus ou moins déformée, les os du crâne chevauchent les uns sur les autres. Le ventre aplati, élargi, est déjeté latéralement. Le thorax a perdu sa voussure normale. Le liquide amniotique est rosé.

La *putréfaction* ou décomposition putride du fœtus ne s'observe que quand l'œuf est en communication directe avec l'air, par suite de la rupture des membranes ; elle est plus rapide lorsque la rupture des membranes se fait après la mort du fœtus ; elle est d'autant plus rapide que la mort remonte à une époque plus éloignée. Les altérations dans la putréfaction portent à la fois sur la consistance des tissus, leur couleur, leur odeur ; par suite de l'infiltration gazeuse, tous les tissus crépitent et les différentes parties du corps acquièrent rapidement des proportions énormes. Une teinte livide et verdâtre se montre sur les téguments et une odeur d'une fétidité épouvantable se répand. C'est alors qu'on voit se développer la physométrie.

Quelles sont les modifications que subit l'organisme maternel lorsque le fœtus meurt pendant la grossesse ? Tant que l'œuf est intact, il ne se produit aucun symptôme morbide chez la mère, quelle que soit la durée de la rétention : on observe chez la femme la cessation des phénomènes dits sympathiques de la grossesse ; puis se montrent, d'une façon plus ou moins accusée, suivant l'âge de la grossesse, l'affaissement du ventre et le gonflement des seins. Cette fluxion mammaire apparaît du deuxième au quatrième jour après la mort du fœtus.

M. Pinard étudie ensuite les sensations fournies par le palper qui diffèrent un peu suivant l'époque de la grossesse à laquelle est survenu cet accident : pendant la première moitié de la grossesse, ces sensations sont parfois un peu vagues. Tantôt l'utérus est perçu difficilement et on a la plus grande peine à en apprécier le contenu ; tantôt, au contraire, l'utérus se reconnaît facilement et se présente sous la forme d'un globe constamment dur ; la contraction est alors permanente et l'expulsion ne doit guère tarder. Tantôt enfin l'utérus forme une tumeur molle, élastique, qui se contracte de temps à autre sous la main. — Ces renseignements que fournit le palper sont d'autant plus importants que, dans ces circonstances, l'auscultation ne donne que des renseignements négatifs et que le toucher ne renseigne guère ; car si la rétention du fœtus a été longue, le ramollissement du col peut avoir disparu pour faire place à la consistance du col à l'état de vacuité.

Lorsque le fœtus est mort pendant la seconde moitié de la grossesse, le palper permet le plus souvent, de percevoir non seulement les modifications de forme, de volume de l'utérus, mais encore d'apprécier l'état du fœtus.

Dans les premiers jours qui suivent la mort du fœtus, les sensations sont sensiblement les mêmes que quand le fœtus est vivant : on ne constate que l'absence des mouvements actifs. Peu à peu les parties fœtales sont moins nettement perçues ; leur résistance, leur tonicité s'atténue graduellement. La tête perd ses caractères ; la régularité de la forme, la résistance s'amoindrissent, puis disparaissent. Quelquefois la pression exercée par le doigt au niveau des os de la voûte détermine des sensations de crépitation osseuse, due au chevauchement et au frottement des os les uns sur les autres. Le siège, tout en perdant de sa consistance, conserve pendant longtemps une certaine résistance.

Lorsque l'œuf est ouvert, les germes du dehors produisent rapidement la putréfaction du fœtus : l'organisme maternel ne tarde pas à être profondément influencé, on observe tous les symptômes généraux et locaux de l'infection putride (frisson, fièvre, etc.). En même temps les liquides et les gaz qui s'échappent des organes génitaux ont une odeur de plus en plus infecte.

Quant à la conduite à tenir, elle diffère d'après M. Pinard, suivant que l'on se trouve en présence d'une des quatre éventualités suivantes :

1° *Le fœtus est mort, l'œuf est intact, il n'y a pas de début de travail.*

L'expectation doit être absolue : toute intervention ayant pour but de faire naître les contractions efficaces est *mauvaise* et *dangereuse.* Le fœtus étant mort, l'œuf n'est expulsé que lorsqu'il est devenu corps étranger. Essayer de provoquer le travail, c'est exposer la femme à ce que les membranes se rompent, et par conséquent à tous les dangers de la putréfaction du fœtus.

Bien qu'il soit impossible de savoir quand aura lieu l'expulsion, il faut se contenter d'un traitement prophylactique et rendre le vagin aseptique : pour cela des irrigations vaginales antiseptiques seront faites deux fois par jour, soit avec les sels de mercure (biiodure ou bichlorure), soit de préférence avec le naphtol ou l'acide phénique. Si la femme est albuminurique (on observe fréquemment la mort et la rétention du fœtus chez les albuminuriques), M. Pinard conseille de ne jamais employer, même une seule fois, soit le biiodure, soit le bichlorure de mercure ; ces substances sont dangereuses chez les albuminuriques.

2° *Le fœtus est mort, l'œuf intact, il y a début de travail.* Il faut tout faire pour rendre l'antisepsie aussi sévère que possible et pour éviter la rupture prématurée des membranes : il faut donc s'abstenir autant que possible du toucher ou tout au moins ne le pratiquer qu'avec prudence dans l'intervalle des contractions. Pour hâter le travail, les irrigations chaudes sont seules employées.

De plus, au moment de la délivrance, il faut être plus sobre que jamais de tractions intempestives si le décollement tarde à se faire ; on répète les injections intra-utérines toutes les demi-heures ; si, malgré ces moyens, le placenta reste adhérent, on pratique la délivrance artificielle, non pas avec les instruments, mais avec les doigts ou la main.

3° *Le fœtus est mort, l'œuf ouvert, il n'y a pas de début de travail.* Il ne faut pas attendre le

début des accidents pour intervenir : il faut provoquer le travail et, en quelques heures, en se servant du ballon Champetier de Ribes, la dilatation est suffisante pour permettre l'expulsion ou l'extraction.

4° *Le fœtus est mort, l'œuf est ouvert, il y a début de travail.* Il faut accélérer autant que possible le travail, c'est-à-dire pratiquer des injections antiseptiques vaginales ou intra-utérines ; si elles sont insuffisantes, si des phénomènes de putréfaction s'observent, on a recours au ballon Champetier de Ribes pour hâter la dilatation.

II. — De la laparotomie dans l'accouchement.

Un chirurgien anglais, — dont les travaux ont toujours quelque chose d'un peu osé, — M. Lawson-Tait, a fait récemment une leçon sur l'intervention chirurgicale dans les accouchements qui ne peuvent se terminer spontanément soit à cause de malformation fœtale, soit à cause de difformités maternelles qui sont le plus souvent la cause de l'impossibilité ou de la difficulté de l'accouchement.

Laissant de côté ce qui a trait au cancer de l'utérus, aux tumeurs de l'utérus ou des ovaires, voyons comment Lawson-Tait envisage l'intervention dans les rétrécissements du bassin : si le diagnostic de la malformation a été fait de bonne heure, on peut tenter l'accouchement prématuré qui se termine généralement d'une manière favorable pour la mère, mais l'enfant est sacrifié dans la moitié des cas (?) Si l'accouchement n'a pas été provoqué prématurément, on n'a plus qu'à choisir entre deux partis : broyer l'enfant ou l'extraire par la laparotomie. Lawson-Tait s'élève contre la crâniotomie, qu'il considère comme une opération horrible et repoussante, comme une opération longue produisant des dégâts du côté des organes maternels et donnant une mortalité de 20 % (?) au moins.

Aussi Lawson-Tait pense-t-il que, lorsqu'une opération mutilatrice est indiquée, il ne faut pas hésiter à recourir de préférence à la laparotomie qui est plus facile et qui n'expose pas la mère à de plus grands risques, à des risques moindres même, puisque, d'après Lawson-Tait, l'opération de Porro qu'il préconise ne donne qu'une mortalité de 5 à 6 %. Le chirurgien anglais va même jusqu'à proposer cette opération dans les cas de placenta prævia !

Les arguments abondent contre une telle manière de voir : il n'est pas admissible que la craniotomie ou la basiotripsie ne donne pas une mortalité moindre que l'opération de Porro, si ces opérations sont pratiquées convenablement. D'autre part, la manière de faire de Lawson-Tait est un peu contradictoire : c'est pour sauver la vie d'un enfant qu'il pratique l'ablation de l'utérus et il met la mère dans l'impossibilité de devenir enceinte une seconde fois. Prenons un exemple : une primipare a un rétrécissement de 7 à 8 centimètres : d'après Lawson-Tait, pour avoir l'enfant vivant, on enlève l'utérus ; en France, on sacrifie l'enfant, il est vrai, lorsqu'on échoue par le forceps ou la version, mais lors des grossesses ultérieures cette femme pourra accoucher d'enfants vivants — et qui vivront — grâce aux moyens perfectionnés que nous employons pour provoquer l'accouchement d'une part et pour soigner les enfants nés prématurément.

Si les accoucheurs français sont peut-être un peu parcimonieux de l'opération césarienne, il n'est pas moins vrai que c'est un honneur pour l'école à laquelle nous appartenons d'avoir montré quels succès on peut obtenir à l'aide de moyens moins radicaux, — mais plus sûrs que la laparotomie et l'ablation de l'utérus. Il est vrai qu'on nous ignore aussi bien au delà de la Manche qu'au delà du Rhin : le travail de Lawson-Tait en est une preuve de plus.

III. — De l'application de forceps dans la présentation des fesses (1).

Dans une leçon sur ce sujet, le Professeur Tarnier rappelle que cette opération, conseillée autrefois par Levret, avait été rejetée par Baudelocque et était tombée dans le discrédit ; il pense que c'est une opération utile en ayant soin d'appliquer les deux branches du forceps sur les membres inférieurs relevés et qui forment attelles ; ce sont les règles qui ont été formulées dans la thèse d'un de ses élèves, le Dr Olivier. Le forceps s'applique facilement et peut rendre de très grands services aussi bien dans une sacro-iliaque antérieure que dans une sacro-iliaque postérieure ; toutefois, il est plus sûr dans cette dernière position.

M. Tarnier passe en revue les moyens d'intervention auquel on doit penser lorsqu'on se trouve en présence d'une présentation du siège, mode des fesses; au début du travail, lorsque le siège est peu engagé, on doit procéder à l'abaissement prophylactique de l'un des pieds, mais lorsque l'extrémité pelvienne est profondément engagée, cet abaissement prophylactique de l'un des pieds est impossible ; comment doit-on intervenir ? On doit essayer d'introduire les doigts courbés en crochet dans le pli de l'aine du fœtus et de procéder ainsi à son extraction. Ce procédé est généralement insuffisant et réussit rarement.

M. Tarnier considère le crochet mousse introduit dans le pli de l'aine comme un instrument détestable ; restent deux moyens : passer un lacs dans le pli de l'aine du fœtus ou bien faire une application de forceps. Entre ces deux moyens, M. Tarnier préfère encore le forceps. Si l'on échoue, M. Tarnier conseille de combiner les deux moyens, passer un lacs dans le pli de l'aine de l'enfant et appliquer le forceps, puis tirer sur les deux à la fois : « C'est le cas de dire ou jamais, ajoute le Professeur Tarnier, que l'union fait la force. »

Je me suis trouvé aux prises il y a quelques mois avec des difficultés de ce genre ; le fait me paraît assez intéressant pour être relevé. J'étais réveillé de très bon matin par le mari d'une sage-femme qui avait chez elle une parturiente ne pouvant accoucher. « C'est un siège, me dit le mari, et ma femme m'a bien recommandé de vous dire d'apporter vos *fers*. — Mes *fers*, pourquoi faire ?» Telle fut ma première réponse ; instinctive, pourrais-je dire, ayant été élevé dans des idées peu favorables à l'application du forceps sur le siège, ces deux mots de *siège* et de *forceps* ne s'associaient guère dans mon esprit, même pendant mon état de demi-sommeil. Je partis emportant cependant mon forceps par habitude et, chemin faisant, je me dis qu'après tout c'était peut-être une occasion de contrôler ce qui m'avait été enseigné — et que, si le cas me paraissait favorable, j'essaierais la méthode préconisée par le Professeur Tarnier.

Je trouvai une primipare assez âgée, en tra-

(1) *Mercredi médical*, 29 janvier 1890.

vail depuis plus de vingt-quatre heures, chez laquelle, au dire de la sage-femme, la dilatation était complète depuis plus de trois heures et les douleurs allaient en diminuant depuis plus de deux heures. Le diagnostic fut facile : en faisant écarter les jambes de la femme, je vis à la vulve une petite tumeur un peu violacée, mobile, qui n'était autre que le scrotum du fœtus ; le toucher me permit de reconnaître qu'il s'agissait d'une présentation du siége profondément engagée en sacro-iliaque gauche transversale. L'enfant était vivant.

J'attendis un quart d'heure : la femme n'eut pas de douleur. Je me décidai à intervenir ; j'essayai d'abord des tractions avec un doigt introduit facilement au niveau de l'aine antérieure : rien ne vint. J'avais à tout hasard fait flamber mon forceps et l'avais plongé dans une solution antiseptique ; la sage-femme profita de ce premier insuccès pour me présenter la branche gauche. Je me laissai tenter ; j'introduisis cette branche non sans difficulté ; mais il n'en alla pas de même pour la seconde branche que je ne pus que difficilement ramener en avant et que je ne pus articuler. Je sortis mes deux branches, ne voulant pas continuer une opération que je n'ai jamais pratiquée que sur le mannequin — (je parle bien entendu du forceps sur le siége) — et en laquelle je n'avais qu'une confiance limitée, je l'avoue. Que faire ? J'endormis la malade : et me rappelant ce que j'avais vu faire plusieurs fois par M. Pinard et ce que j'avais fait moi-même pour des siéges élevés, j'introduisis la main gauche dans les parties génitales ; j'allai chercher le pied gauche qui se trouvait au-dessus du détroit supérieur, et *sans grande difficulté*, je l'amenai à la vulve et terminai l'opération en extrayant un enfant qui fut facilement ranimé, bien que la tête fût retenue un instant au niveau du détroit supérieur un peu rétréci. L'enfant était assez volumineux et pesait 3200 gr. environ.

Que conclure de cette observation? Faut-il rejeter l'application de forceps sur le siège? Le Professeur Tarnier ne doit la préconiser qu'à bon escient et après en avoir vu les bons résultats. D'ailleurs, dans notre observation, nous n'avons point poussé jusqu'au bout notre tentative d'application de forceps, et rien ne nous dit qu'entre des mains plus expertes, le forceps n'eût pas suffi à extraire le fœtus ; peut-être même que si nous avions donné du chloroforme pour introduire le forceps, comme nous l'avons fait pour introduire la main, les choses se furent passées très facilement. Cependant nous croyons que dans les cas analogues — *avec un siège décompleté mode des fesses, même profondément engagé — il faut essayer de saisir et d'abaisser un pied. Si on réussit, l'opération est terminée ; si on échoue, on est libre alors de recourir au forceps.* Dr G. Lepage.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie.

M. le Dr Garcin, qui est, comme le savent déjà nos lecteurs, un des défenseurs les plus autorisés de l'emploi des inhalations d'acide fluorhydrique, en expose ainsi les avantages :

« Il résulte des études contemporaines que la phthisie est guérissable par différents moyens, au nombre desquels nous signalerons l'hygiène associée à la thérapeutique antimicrobienne.

Puisque beaucoup de phtisiques guérissent par l'hygiène seulement, a fortiori si nous associons un traitement antimicrobien aux efforts de la nature.

L'antisepsie des voies aériennes doit donner les meilleurs résultats, pourvu que le principe antimicrobien soit introduit à l'état gazeux.

Parmi ces divers médicaments, nous nous occupons spécialement de l'action de l'acide fluorhydrique en inhalations, parce qu'il possède deux propriétés essentielles : 1° il se mélange dans des proportions très suffisantes à l'air pour produire un effet antiseptique ; 2° il est le plus puissant des antibacillaires, comme l'a démontré Hip. Martin.

Dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 15 mars 1888, le Dr Jarjavay, à l'instigation du Dr Dujardin-Beaumetz, a publié plusieurs méthodes d'inhalation préconisées par différents confrères ; mais bien des techniques lui ont échappé, car il ne mentionne pas ce qui se passe à Barcelone, à Gênes, à Catane, à Genève, à New-York, en Allemagne où ce traitement de la phthisie a été également appliqué.

Le cadre de cet article est trop restreint et ne nous permet pas d'entrer dans de grands détails ; cependant, il résulte de ces documents que le nombre de médecins employant l'acide fluorhydrique en inhalations se divise en deux groupes.

Le premier emploie l'H Fl pur, c'est-à-dire à l'état de vapeurs naissantes ou à 46° et le second en solutions plus ou moins concentrées.

Nous avons complètement abandonné le procédé du premier groupe, depuis qu'un jour nous avions essayé d'employer, même à très faible dose (25 grammes), l'H Fl à 46° : attendu que tous nos malades se mirent à tousser, à avoir de la dyspnée et plusieurs d'entre eux eurent des hémorrhagies nasales ou bronchiques.

Les inhalations, pour ne pas être nuisibles, doivent se pratiquer avec une solution hydratée et non avec des vapeurs anhydres.

Le second groupe est plus nombreux, mais se sert d'H Fl en quantité variable (10 grammes à 2 litres de liquide acidulé), d'où il résulte nécessairement une différence énorme dans les effets produits. Les uns saturent la cabine à 5/100, les autres à 50/100.

Si à ces variétés de solution nous joignons la diversité des lésions pulmonaires, nous avons l'explication de la divergence d'opinions émises aujourd'hui dans le monde médical au sujet de la valeur thérapeutique des inhalations fluorhydriques, et nous comprenons pourquoi ce traitement est aussi vite abandonné qu'il a été prôné. Cependant, avec notre médication, nos phthisiques du 1er et du 2e degrés engraissent, vivent et les lésions pulmonaires disparaissent.

Si, maintenant nous comparons entre eux les résultats obtenus par ces différentes méthodes, nous constatons que ni les faibles doses, ni les fortes ne produisent d'améliorations. Dans le premier cas les symptômes continuent à évoluer et dans le second ils s'aggravent et se compliquent d'hémoptysies, de congestions pulmonaires.

L'expérience nous a prouvé que l'air contenu dans la cabine doit être saturé au 10e, c'est-à-dire à raison d'un litre d'air fluorhydrique pour neuf litres d'air normal. — La solution traversée

par le courant d'air doit être composée de 50/100 d'acide fluorhydrique et doit mesurer 21° au pèse-acide.

Lorsque cette saturation est produite, elle est entretenue à ce degré constant pendant toute la durée de l'inhalation au moyen d'un régulateur à gaz, qui ne laisse passer que la quantité d'air nécessaire pour remplacer celle qu'absorbe le malade à chaque respiration. — Le spiromètre nous indique ce chiffre qui varie suivant la capacité thoracique de chacun. La durée de l'inhalation est d'environ une heure.

Malgré notre confiance en cette médication, nous ne sommes pas assez téméraire pour exclure tous les autres moyens thérapeutiques préconisés par la science et nous ne trouvons jamais que nous avons trop d'armes pour combattre la tuberculose, aussi menons-nous de front le traitement hygiénique et médicinal, tout en combattant les symptômes prédominants.

Quoiqu'il soit bien difficile de préciser la durée de cette médication, il résulte de nos observations, que la phthisie au 1er degré demande plusieurs mois de traitement ; la phthisie au 2e degré plusieurs années et la phthisie au 3e est réfractaire et même hâtée dans son évolution.

Si nous envisageons ce traitement à un point de vue étroit, c'est-à-dire avec l'obligation pour le malade de venir tous les jours dans un établissement ad hoc, il est évident que la patience la plus robuste se lassera ; mais, puisque nous savons aujourd'hui à quel degré de saturation thérapeutique l'inhalation agit, il est facile d'avoir chez soi un appareil remplissant ce but.

L'exécution de ce traitement n'entrave donc en rien les occupations journalières et quel est le phthisique qui, pour conserver sa santé, ne s'astreindrait pas à cette médication ?

Les résultats obtenus par rapport à l'âge de l'individu et à l'âge de la tuberculose sont intéressants à connaître, et à ce point de vue, nous constatons que la tuberculose à marche lente, comme elle évolue généralement chez les arthritiques, est celle qui se répare le plus rapidement, quel que soit l'âge du sujet et son sexe. — La forme congestive s'amende peut-être plus vite encore, car dans nos observations nous avons plusieurs cas d'hémoptoïques chez lesquels le traitement a fait disparaître complètement ces phénomènes congestifs; mais, en règle générale, le symptôme le plus important est l'amélioration du côté de l'estomac.

Le réveil plus ou moins vivace de l'appétit joue un grand rôle dans cette médication et nous avons toujours constaté qu'il est l'indice et le point de départ d'une réparation locale et générale ; tandis que chez certains malades, si les troubles gastriques persistent, vomissements, inappétence, le traitement ne produit aucun effet. — N'est-il pas précieux d'avoir un médicament qui augmente la résistance vitale et qui élève le taux de la nutrition dans une maladie aussi infectieuse que la tuberculose ?

Si l'on cherche à expliquer par quels procédés les substances antiseptiques s'opposent à l'action nocive des microbes, on se heurte à des difficultés qui ne sont pas encore résolues ; constatons un fait, c'est que l'hygiène, la thérapeutique et les inhalations fluorhydriques au 10e empêchent les phthisiques de mourir. Dr Garcin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Honoraires médico-légaux comparés des vétérinaires et des médecins.

Monsieur et très honoré Confrère,

Il me paraît intéressant en ce moment d'établir un rapprochement entre notre tarif médico-légal et celui des vétérinaires.

Lorsqu'un vétérinaire est requis pour le service de l'état (par la justice, la préfecture, etc.), il touche :

40 centimes par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

6 fr. par vacation.

Ce tarif est en vigueur en Seine-et-Marne tout au moins ; je ne sais s'il est le même dans d'autres départements.

Veuillez agréer,

Dr Moser,
à Rosoy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Indemnité de maladie devant la Société locale de l'Orne.

« La Société de l'Orne, estimant que le but que poursuit l'Association générale est suffisamment grand ;

Que, pour se transformer en caisse d'assurance sur la maladie, il serait *indispensable d'élever de beaucoup le taux de la cotisation annuelle*, sous peine de la voir dévier de sa route, qui est de *créer des pensions viagères et d'élever ces dernières à 1,200 fr.* ;

Rejette le vœu de ces deux sociétés et n'admet cette idée de mutualité en cas de maladie qu'en dehors de l'Association générale. »

— Nous avouons ne rien comprendre au rejet d'un vœu pris en considération par l'Association générale, rejet basé sur le motif ci-dessus.

Qu'on relise les statuts et on verra que *l'indemnité de maladie* est dans leur vœu formel.

Dire qu'il faudrait élever la cotisation pour distribuer l'indemnité, c'est proclamer l'évidence même ! Ce n'est certes pas un rejet basé sur de pareils motifs qui influencera les décisions à venir.

Les Sociétés locales qui ont étudié sérieusement la question sont bien éloignées de la trancher de telle façon !

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Du secret professionnel et des certificats devant la justice.

Deux faits viennent de se passer dans la région du Syndicat d'Aisne-et-Vesle qui comportent leur enseignement.

Ils prouvent qu'il n'y a pas que la question d'honoraires dérisoires qui, à juste titre, agite en ce moment le corps médical. Il y a encore l'aménité

de certains magistrats qui, dans l'instruction, à l'audience, se permettent de donner des semonces au médecin quand ils ne le menacent pas de l'application d'un article du code pénal.

Tous se rappellent le cas du Dr *Wattelet*, qui défendit, dans la presse politique, la mémoire de Bastien-Lepage que l'on faisait mourir d'une maladie vénérienne. La magistrature condamna notre confrère dans toutes ses juridictions. Il était puni d'avoir divulgué le secret professionnel, même sans l'intention de nuire.

Eh bien! dernièrement, en cour d'assises, un des membres de notre syndicat a été fortement blâmé et par le président et par le procureur pour l'avoir gardé et même menacé de l'application de la loi sur la complicité.

L'attaque a été violente, la presse politique l'a reproduite; il est de notre devoir de défendre notre confrère injustement attaqué dans sa profession et même dans son honneur. Voici les faits brièvement racontés:

Appelé à donner des soins à la fille d'un fermier, il constata, grâce à la présence de sang et de méconium sur les draps et d'une tumeur dans le bas ventre qui n'était autre que le placenta, qu'elle était accouchée clandestinement. *Il ne vit pas l'enfant* et pour cause. Il la délivra et se retira.

Certains bruits circulant dans le pays, le maire avertit le parquet; la fille avoua avoir étranglé son enfant en l'entendant crier et l'avoir jeté ensuite dans la fosse à purin.

Interrogé par le juge d'instruction, notre confrère se retrancha derrière le secret professionnel. Je fus chargé de faire l'autopsie qui confirma les dires de l'accusée. — Résultat : 5 ans de travaux forcés.

En cour d'assises je fus convoqué, mais je m'excusai; notre confrère, convoqué aussi, s'y rendit.

Remarquez qu'on l'avait appelé non pour éclairer la justice, puisqu'il n'avait rien à dire, mais pour s'entendre vertement admonester, d'abord par le président, qui lui dit que le secret médical n'allait pas jusqu'à se rendre complice d'un crime et qu'il y avait des lois pour cela. Le médecin releva brièvement les paroles du président, affirma la correction parfaite de son attitude, conforme aux règles professionnelles, et déclara que sa conscience ne lui reprochait rien.

Ce n'est pas tout : le procureur osa insinuer *dans son réquisitoire* que l'argent n'était peut-être pas étranger à l'attitude du médecin. *Celui-ci ne pouvait répondre*, sans cela il aurait protesté énergiquement et affirmé, après 27 années de pratique, son honnêteté personnelle et médicale irréprochable et garantie par tous ses confrères.

L'histoire, on le voit, est édifiante. Le corps médical doit protester contre ces abus. Nous devons respecter la magistrature, mais nous entendons être respectés par elle. *L'attitude de notre confrère a été ce qu'elle devait être*, disons-le hautement, et son honnêteté valait bien celle des magistrats qui l'accusaient. Nous connaissons l'étendue de nos devoirs, mais aussi nous comptons maintenir inviolés nos droits professionnels.

§

Autre histoire. Il y a quelque temps, une jeune fille de 13 ans est amenée chez un collègue du Syndicat par son père. Le médecin était malade et avait un remplaçant qui le pria d'examiner l'enfant avec lui.

Ils constatèrent des syphilides secondaires de la vulve et du périnée et quelques plaques muqueuses du pharynx. La jeune fille dit avoir été violentée plusieurs fois par un commis voyageur qui descendait chez son père, aubergiste. Le médecin dit au père que sa fille avait la vérole et prescrivit les précautions à prendre par l'entourage pour la contagion possible.

Quelques jours après, le père déposa une plainte au parquet.

Le procureur renvoya le père avec sa fille chez le médecin pour chercher un certificat qu'il s'empressa du reste de refuser en conseillant aux intéressés d'aller trouver de nouveau le procureur et le prier de faire examiner séance tenante l'enfant par le médecin expert.

Ce qui fut fait ; — mais le parquet continua à envoyer des demandes de certificat, toujours refusées. Le juge de paix vint pour la même chose ; on envoya les gendarmes à la rescousse, demandant en outre l'adresse de l'ancien remplaçant, sous le prétexte fallacieux de lui renvoyer son livret militaire (la malice était par trop grossière). Refus continuels ; — pour terminer, citation à témoin en cour d'assises. Le médecin y fut représenté par un certificat de maladie.

Pourquoi la magistrature faisait-elle venir devant elle notre confrère ? Sûrement, c'était pour l'admonester. Sur la constatation du médecin expert (et cela suffisait) l'inculpé a attrapé 5 ans. Cette affaire, ainsi que l'autre, nous prouve que nous devons toujours nous garer de la magistrature qui, contrairement à nos règles qui sont la sauvegarde et l'honneur de notre profession, veut parfois nous mettre sur la sellette.

Il est utile de proclamer avec Guerrier (Jurisprudence médicale), Lechopié et Floquet (Code des médecins), Brouardel (Secret médical), *qu'il n'y a aucun principe de droit qui force légalement le médecin à divulguer ce qu'il a appris dans l'exercice de son art et à délivrer un certificat quelconque.*

D. H. Lécuyer (Beaurieux).

Syndicat Médical de l'arrondissement de Pontoise

Assemblée générale du 20 *Février* 1890.

La séance est ouverte à cinq heures, sous la présidence du Dr Bibard.

Etaient présents : les Drs Bibard, Didier, Rousseau, Reculez, Guy, Guyochin, Daréne, Barbier, Bruel, Galvani, de Grissac, Piédallu, Thomas, Hourlier, Leroy, Paret, Broquet, Katz et Branthomme.

Le Dr Millet s'est fait excuser par dépêche.

MM. Journault, Maze, Decauville, sénateurs; Chevandier, Hubbard, Brincard, députés ; Druard, sous-préfet de Pontoise ; les Drs Peyron, Cézilly, Monin et de Fourmestraux avaient répondu à l'invitation du Président du Syndicat et nous ont fait l'honneur d'assister à la séance et au banquet.

Nous avons eu le regret d'enregistrer la démission de trois de nos confrères d'Argenteuil, les Drs Biron, Toussaint et Testelin, et celle du Dr Verdié, qui a quitté Cormeilles.

Sont admis comme membres du Syndicat : les Drs Katz (de Pontoise), Branthomme (de Villers-

le-Bel), de Saint-Avid (de l'Isle-Adam) et Rousseau (de Boisemont).

Le Dr Reculez, revenant sur la question de l'association mutuelle en cas de maladie, question discutée dans la séance précédente, regrette qu'il n'ait pas été pris de résolution à ce sujet. On pourrait ne pas s'en tenir aux vœux platoniques envoyés à l'Association générale, et sans attendre une solution que l'Association générale peut différer encore longtemps, fonder entre les membres du Syndicat une association mutuelle en prenant pour base celle fondée par le Syndicat d'Aisne-et-Vesles.

Le Dr Cézilly, dont la compétence en ces matières est fort grande, a pris alors la parole et a bien voulu nous donner quelques explications sur le fonctionnement de l'Association mutuelle tel qu'il le comprend.

« On ne peut demander, dit-il, aux médecins de verser une somme un peu forte, comme cela se fait dans les associations anglaises, par exemple. L'association doit être à la portée de tous, si elle veut prospérer. Le minimum de cotisation que l'on pourrait demander peut être fixé à 4 fr. par mois, soit 48 fr. pour l'année. En prenant cette somme pour base de cotisation, on pourrait, d'après les calculs qui ont été faits, allouer 10 fr. par jour aux membres de l'Association atteints par la maladie. Mais ici, une question se présente : un confrère peut tomber malade et sa maladie peut se prolonger fort longtemps, pendant des années peut-être. Serait-il juste que, dans ce cas, ce confrère, qui sera peut-être membre de l'Association depuis peu de temps, touchât pendant toute une année la somme de 10 fr. par jour, soit 3.650 fr. pour l'année, et s'il est malade pendant 20 ans, pour ces 20 années la somme de 72,000 fr. ? Evidemment cela ne serait pas juste, et l'Association, avec ses ressources forcément restreintes, ne pourrait y suffire. On pourrait alors, comme le font certaines sociétés de secours mutuels, réduire au bout d'un certain temps le chiffre de l'indemnité quotidienne. Mais on pourrait aussi, et d'une façon plus juste, admettre que l'indemnité ne serait due que pendant quatre mois de l'année et pour chaque année de maladie. On pourrait encore, afin d'augmenter les ressources de l'Association, imposer à chaque adhérent nouveau un stage de six mois, pendant lequel il n'aurait pas droit à l'indemnité. »

L'assemblée, après avoir remercié M. Cézilly de ses explications, prie le Dr Reculez de s'entendre avec les Drs Cézilly et Monin pour préparer un projet d'association mutuelle qu'il présentera à la prochaine réunion.

A propos de l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise, qui paraît ne jamais avoir eu une grande vitalité, l'assemblée ne prend aucune décision. Toutefois, afin de créer un lien d'union entre les divers Syndicats du département, il est décidé qu'un exemplaire du procès-verbal des séances sera adressé à chaque Syndicat à titre de réciprocité.

Sur la question de l'inspection des enfants du premier âge, la plupart des confrères sont unanimes pour se plaindre de la façon dont ils sont rétribués. Plusieurs d'entre eux n'ont rien touché depuis plusieurs années ou ne touchent que des sommes absolument dérisoires. A cela l'administration objecte que les visites ne sont pas régulièrement inscrites. Mais ne pourrait-on pas simplifier les diverses écritures auxquelles sont astreints les médecins-inspecteurs ? Notre confrère le Dr Galvani avait proposé il y a déjà longtemps d'adopter un livret divisé en deux cases par feuille et restant déposé chez la nourrice ; une partie du feuillet restant attachée au livret, l'autre pouvant être détachée par le médecin qui l'expédie à l'administration. L'assemblée émet le vœu que ce livret simplifié soit adopté par l'administration, et demande en outre que chaque médecin-inspecteur reçoive, en même temps que les allocations qui lui sont dues, un état détaillé des sommes qu'il reçoit.

Relativement au service médical des indigents, les avis sont encore très partagés, le règlement du service étant encore trop récent pour qu'on puisse porter un jugement impartial sur sa valeur.

Quelques confrères font remarquer que plusieurs communes n'ont pas voulu adhérer au nouveau règlement et ne veulent allouer aucune indemnité aux médecins qui soignent leurs indigents ; ils demandent que le Conseil général use de son influence pour inviter ces communes à adhérer au règlement.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la question de la revision des lois qui régissent l'exercice de la médecine et la revision du tarif des frais de justice criminelle.

La question étant d'actualité donne lieu à de nombreuses discussions. Mais, après lecture par le Président des conclusions formulées par l'Association des médecins de la Loire-Inférieure, ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Elles sont ainsi conçues :

Il y a lieu de reviser le tarif établi par le décret du 18 Juin 1871 en y apportant les modifications suivantes :

1° Modification du tarif des honoraires médico-légaux dans la France entière.

2° Création d'un honoraire distinct pour la visite et le rapport.

La visite peut comporter un certificat et un pansement sommaire.

3° Etablissement de trois catégories pour les autopsies.

I. Autopsie d'enfant nouveau-né.

II. Autopsie de tout autre cadavre.

III. Autopsie après exhumation.

Tarif de ces diverses opérations.

a. Visite simple (avec ou sans certificat) ou pansement sommaire	5 fr.
b. Rapport	10 »
c. Autopsie 1re catégorie	10 »
— 2e —	20 »
— 3e —	50 »

4° Augmentation des indemnités de transport qui pourraient être fixées comme il suit :

Transport par voie ferrée 0 fr. 30 par kilomètre.

Transport par autres moyens 0 fr. 50 par kilomètre.

5° *a.* Les médecins chargés d'un mandat médico-légal devront toujours être considérés comme des experts : il est indispensable de reconnaître *a priori* leur droit aux honoraires et aux vacations.

b. Toutefois, il ne saurait y avoir cumul lorsque le médecin reçoit déjà des honoraires pour les opérations dont le prix est fixé au tarif paragraphe 3.

c. Le système des vacations devra être appliqué

chaque fois que le médecin sera chargé d'un examen, d'une expertise spéciale ou d'un pansement difficile ou long accompagnant la première visite, toutes opérations non prévues par le tarif indiqué ci-dessus.

d. Il y a lieu de créer des vacations de jour et des vacations de nuit.

La vacation sera comme par le passé de 3 heures.

Les vacations de jour comprendront 18 heures (de 7 heures du matin à 10 heures du soir) ; celles de nuit 9 heures (de 10 heures du soir à 7 heures du matin).

La vacation de jour sera fixée à 6 fr., celle de nuit à 10 fr.

6° Lorsque les médecins ou chirurgiens sont arrêtés dans le cours du voyage par force majeure, ou lorsqu'ils subissent un séjour forcé dans la ville où se fait l'instruction de la procédure et qui n'est pas celle de la résidence, il devra leur être alloué, pour chaque jour de séjour forcé, une indemnité équivalente au nombre des vacations que comporte le temps de ce séjour.

7° Quelle que soit l'autorité requérante, il y aura lieu d'assurer, d'une façon quelconque, l'honoraire de toutes les réquisitions faites au nom de la loi (qu'il s'agisse de parquets, de juges de paix, de commissaires de police ou de maires).

8° *a.* En ce qui concerne le recouvrement des honoraires judiciaires, il est nécessaire de simplifier les formalités si compliquées de la rédaction du mémoire en double.

b. Les médecins seront taxés par le juge d'instruction et n'auront qu'à percevoir leurs honoraires au bureau de l'enregistrement.

c. L'autorité requérante sera responsable du paiement des honoraires, les réquisitions devront porter le nom du magistrat qui les délivre.

L'heure étant trop avancée pour permettre de traiter les autres questions inscrites à l'ordre du jour, il est seulement procédé au renouvellement du bureau pour l'année 1890.

Le Dr Bibard (de Pontoise) est élu président, le Dr Rousseau (de Domont) vice-président et le Dr Katz (de Pontoise) secrétaire.

Le banquet qui a suivi la séance a été empreint comme toujours de la plus grande cordialité.

Au dessert, le Dr Bibard a prononcé l'allocution suivante, qui a été vivement applaudie :

« Mes chers confrères de l'arrondissement de Pontoise et vous, Messieurs, qui, répondant à notre cordiale invitation, êtes venus vous asseoir à ce modeste banquet, permettez-moi de vous adresser ici mes bien sincères remerciements.

« Au moment où je me vois forcé d'abandonner la vie active, d'abandonner la pratique médicale, si pleine de déboires, si pleine aussi d'ineffables consolations, laissez-moi, mes chers confrères, vous remercier du fond du cœur du très grand honneur que vous m'avez fait en me nommant votre Président pendant l'année du Centenaire et de l'Exposition universelle. Vous m'avez ainsi mis à même d'organiser la brillante réunion à laquelle nous assistons aujourd'hui.

« Depuis quarante-cinq années, nos devanciers et nous, nous luttons pour assurer à notre belle profession la place qui est due dans toute société, et surtout dans une société démocratique et républicaine. Les temps semblent être arrivés où les divers projets de loi, élaborés grâce au concours des plus dévoués de notre profession, soutenus par l'infatigable lutteur que nous sommes heureux et fiers de voir auprès de nous, vont enfin subir la grande épreuve de la discussion publique au sein des Assemblées législatives.

« L'union des Syndicats médicaux de France a pensé que c'était pour chacun de nous l'occasion de redoubler d'efforts pour éclairer sur la légitimité de nos revendications ceux de nos députés et de nos sénateurs avec lesquels nous sommes plus particulièrement en relation. Tel est le but que nous avons poursuivi et atteint en organisant cette réunion.

« Nos honorables confrères, que leur situation et leurs aptitudes rendent plus capables que moi de remplir cette tâche, vont vous dire en quelques mots ce que le corps médical français désire, tant pour assurer sa dignité, dont il est essentiellement jaloux, que pour fournir au service de l'hygiène et de la santé publique les conditions indispensables à son bon fonctionnement.

« Avant de leur céder la parole, laissez-moi vous le redire, mes chers confrères : n'oublions jamais que l'union fait la force. Soutenons-nous donc ; honorons-nous, aimons-nous les uns les autres, sachons faire oublier le vieux cliché : *Invidia medicorum pessima invidia,* et malgré l'âpreté de la lutte pour la vie, réunissons-nous chaque fois que nous le pourrons et levons ensemble nos verres, comme en ce moment. A l'union de tout le corps médical français, à nos hôtes d'un jour, que nous voudrions appeler nos amis, à l'union sous un même drapeau de tous les enfants de notre patrie bien aimée. Buvons à la France. »

Après l'allocution du Dr Bibard, MM. Journault, Maze, Decauville, Chevandier, Hubbard, Brincard Peyron et Druard ont, dans des improvisations pleines d'esprit et d'à-propos, remercié les membres du Syndicat et les ont assurés de tout leur dévouement pour les intérêts professionnels du corps médical.

Enfin le Dr Cézilly a clos la série des toasts en demandant aux sénateurs et députés présents de réparer une injustice en appuyant de leur vote l'article relatif aux syndicats médicaux contenu dans le projet de loi du Dr Chevandier.

Le Président, Le Vice-Président, Le Secrétaire,
Dr Bibard. Dr Rousseau. Dr Katz.

REPORTAGE MÉDICAL

Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français. Siége social : 22, place Saint-Georges, Paris. — L'Assemblée générale des Adhérents à la *Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français* aura lieu le dimanche 13 avril, à 10 heures, à Paris, 22, place Saint-Georges.

Nous invitons les membres du Concours, membres de la Caisse des pensions à assister à cette réunion dont l'ordre du jour a une importance exceptionnelle.

Ordre du jour : 1° Allocution du Président ; 2° Compte rendu du Secrétaire général ; 3° Compte rendu du Trésorier : 4° Rapport du Conseil des Censeurs ; 5° Election de la moitié sortante du Comité directeur ; 6° Election du tiers sortant du Conseil des Censeurs ; 7° Questions diverses. Tous les membres de la Caisse des pensions ont dû recevoir cette communication par lettre.

EMPLOI DU TEMPS DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE PENDANT LEUR PÉRIODE D'APPEL.

Premier jour. — Arrivée.

Deuxième jour. — Visite médicale régimentaire. — Fonctionnement du service de santé dans un corps de troupe à l'intérieur. — Matériel de l'infirmerie régimentaire. — Recrutement de l'armée. — Incorporation. — Vaccination. — Visite du casernement.

Troisième jour. — Visite médicale régimentaire. — Fonctionnement du service de santé dans un corps de troupe à l'intérieur. — Cuisine. — Denrées. — Eau. — Filtres. — Certificats. — (Convalescences, réformes), manœuvre des brancardiers.

Quatrième jour. — Visite médicale régimentaire. — Fonctionnement du service de santé dans un corps de troupe en campagne. — Hygiène de la marche (étape, chaleur, insolation, congélation, excoriations), matériel du service de santé en campagne. — Litières, cacolets, voitures de transport des blessés, leur chargement.

Cinquième jour. — Visite médicale régimentaire. — Fonctionnement du service de santé dans un corps de troupe en campagne. Purification de l'eau. — Hygiène des camps. — Feuillées, etc. — Infirmiers et brancardiers régimentaires — Postes de secours. Exercices en terrain varié (postes de secours, brancandiers, etc.)

Sixième jour. — Visite médicale régimentaire. — Fonctionnement du service de santé dans les hôpitaux à l'intérieur — Visite de l'hôpital (bureau des entrées, vestiaire, cuisine, magasin, etc.) — Epidémie. — Fièvre typhoïde. — Eruptions. — Mesures prophylactiques. — Désinfections, etc. — Etuve à désinfection. — Pulvérisateurs, etc.

Septième jour. — Dimanche.

Huitième jour. — Visite médicale à l'hôpital. — Fonctionnement du service de santé dans un hôpital à l'intérieur. — Matériel d'ambulance.

Neuvième jour. — Visite médicale à l'hôpital. — Fonctionnement du service de santé en campagne. — Ambulances. — Infirmiers, brancardiers d'ambulance. — Détachement du train. — Matériel d'une ambulance.

Dixième jour. — Visite médicale à l'hôpital. — Fonctionnement du service de santé en campagne. — Hôpitaux de campagne.

Hôpitaux à destination spéciale. — Matériel d'un hôpital de campagne.

Onzième jour. — Visite médicale à l'hôpital. — Fonctionnement du service de santé en campagne. — Hôpitaux d'évacuation, trains sanitaires. — Matériel d'un hôpital d'évacuation. — Matériel des trains sanitaires. — Appareils de suspension pour le transport des blessés. — Exercices pratiques.

Douzième jour. — Visite médicale à l'hôpital. — Fonctionnement du service de santé en campagne. — Infirmiers de gare. — Sociétés de secours aux blessés. — Convention de Genève. — Montage et démontage des tentes et baraques.

Treizième jour. — Départ.

(*Gazette de Bordeaux.*)

L'affaire de Rodez. — L'on se rappelle que les médecins de Rodez ayant refusé leur concours au procureur de la République et au juge d'instruction avaient été condamnés à l'amende par le juge de paix, et acquittés en appel devant le tribunal correctionnel.

Le tribunal les relaxa, en effet, en décidant qu'ils avaient pu refuser leur concours au parquet, parce qu'ils n'avaient pas été requis à propos d'un flagrant délit.

Mais la cour de cassation n'a point partagé l'opinion des juges correctionnels.

Sur le pourvoi formé par le procureur de la République de Rodez, la chambre criminelle, conformément aux conclusions de M. l'avocat général Bertrand, vient de casser leur décision.

L'arrêt de la cour suprême porte en substance :

« Il y a flagrant délit lorsque, comme dans l'espèce, à la suite de la disparition d'une jeune fille, son cadavre est retrouvé dans un lieu public.

« Sont donc en contravention les médecins qui, requis par le juge d'instruction de faire les constatations urgentes et techniques, ont opposé à deux réquisitions, dont la première datait du lendemain de la découverte du cadavre et dont la seconde a été renouvelée trois jours après, un ensemble de résistances pour se dérober à des ordres réitérés de justice, s'appliquant à une seule et même affaire et à l'accomplissement des mêmes devoirs. »

— Le comte Zorouboff, médecin à Berlin, vient d'être poursuivi, mais acquitté, pour avoir séquestré des enfants. Depuis plusieurs années, en effet, il tenait enfermés et isolés de la façon la plus absolue d'avec le reste du monde quatre enfants d'un âge peu avancé. Ces enfants, qui étaient confiés à la garde d'une gouvernante sourde et muette et qui vivaient enfermés dans un appartement, avaient été achetés par ce médecin à des parents dénués de toutes ressources. Zorouboff, dont la tentative va rester célèbre, se proposait d'étudier chez ces enfants les instincts primitifs de l'homme. Malheureusement l'affaire a été ébruitée et l'expérimentateur a été traduit devant les tribunaux. Comme il a pu démontrer qu'à part cette question de l'isolement radical, les enfants avaient été traités avec les plus grands égards, il a été acquitté. Mais le médecin a dû prendre à sa charge les frais d'éducation des enfants. Au point de vue scientifique *exclusivement*, il est regrettable que cette tentative hardie et originale n'ait pas abouti. Au point de vue humanitaire, cependant, il vaut peut-être mieux qu'elle n'ait pas pu être continuée.

L'idée du médecin berlinois n'est certes pas nouvelle, mais son expérience l'est peut-être. Il est, en effet, assez difficile d'admettre la véracité du conte à dormir debout que raconte à ce propos le vieil Hérodote. Il affirme, on s'en souvient, qu'un pharaon essaya de faire nourrir deux enfants dans l'isolement le plus complet, au haut d'une tour.

M. Zorouboff a remarqué, dit-on, que les enfants séquestrés et élevés par la sourde-muette ne parlaient pas. Le fait est intéressant, s'il est exact, quoique le contraire eût été étonnant. Mais, en définitive, l'expérience n'avait jamais été faite et on en saura gré à l'expérimentateur. Les enfants, ajoute-t-on, proféraient seulement une sorte d'aboiement et se jetaient sur la nourriture à la façon des animaux.

—Un grand progrès vient de s'accomplir dans le service de santé de la marine ; en vertu du décret du 31 mars, il est fait :

1° Remise au corps de santé de la police et de la direction, tant au personnel qu'au matériel, des hôpitaux de la marine ;

2° Collation, au directeur du service de santé, des attributions conférées au médecin chef de la place par l'article 154 du décret du 25 août 1884 sur le service des armées en campagne.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

La Tuberculose en Belgique, par les Drs Edmond Destrée et Emile Gallemaerts, vient de paraître chez H. Samertin, 33, rue du Marché-au-Bois, Bruxelles. C'est une étude très complète de la marche et du mode de propagation de la Tuberculose en Belgique pendant ces dernières années.

Les auteurs, considérant la tuberculose comme une maladie essentiellement infectieuse et contagieuse, indiquent comme moyens prophylactiques :

1° *La désinfection* des produits tuberculeux et des objets en contact avec les malades.

2° *L'isolement* des malades.

3° *Une surveillance* rigoureuse des produits alimentaires pouvant donner lieu à la production de la tuberculose.

L'Homme et la Femme, à tous les âges de la vie. — Etude hygiénique, médicale, physiologique, sociale et morale, par le docteur Marcellin Camboulives, auteur d'un *Manuel de Thérapeutique*, ancien médecin des ambulances militaires de Paris. Un beau volume, élégamment cartonné, illustré de 27 gravures, format grand in-18 de 400 pages ; prix : 3 fr. 50.

Cet ouvrage est des plus intéressants pour toutes les classes de la société. Il prend l'enfant à son berceau et le suit pas à pas dans les sentiers périlleux de la vie jusqu'à la mort. Il est divisé en vingt chapitres dont la désignation seule servira à en faire connaître l'importance. Ces chapitres sont : L'Homme à travers les siècles. — Formation de l'être humain. — Développement de l'être humain. — Naissance. — Nouveau-né. — Allaitement. — Première enfance. — Seconde enfance. — Puberté. — Appareil génital de l'homme. — Appareil génital de la femme. — Menstruations. — Onanisme. — Prostitution. — Jeunesse. — Mariage. — Fraudes dans le mariage. — Age mûr. — Age de retour. — Vieillesse. — Agonie et mort.

Le rôle du médecin est de chercher à vulgariser les notions élémentaires de l'hygiène ; ce rôle, le Dr Cambouliνes l'a bien compris et c'est avec une autorité que donne seule une longue pratique de la médecine qu'il nous indique les règles de l'hygiène que doivent suivre l'homme et la femme aux différentes époques de leur existence. Ce livre rempli d'observations judicieuses mérite de figurer dans la bibliothèque de chaque médecin et nous ne saurions trop vivement féliciter son auteur.

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires (professées à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris), par le Dr Lavaux, ancien interne des hôpitaux. T. I. In-8°, 317 p.

Le cours que M. Lavaux a fait cet hiver à l'Ecole pratique et qu'il continue pendant le semestre d'été, est un cours méthodique et complet sur les affections des voies urinaires.

Cette branche importante de la chirurgie n'était point l'objet à la Faculté d'un enseignement officiel spécial, ce qui était très regrettable à un moment où l'*antisepsie directe* des voies urinaires et l'*anesthésie locale* de la muqueuse uréthro-vésicale venaient de simplifier considérablement la thérapeutique des maladies les plus fréquentes que présente l'appareil urinaire. Or, on sait que ces progrès ont été en grande partie réalisés par les recherches que M. Lavaux poursuit sur ce sujet depuis 1886. Il lui a donc été facile d'ajouter à l'histoire résumée des affections des voies urinaires tous les détails relatifs à la thérapeutique actuelle de ces affections.

Mais il ne suffisait pas d'être utile aux élèves en médecine, il fallait aussi penser aux nombreux médecins qui ne peuvent point lire régulièrement les diverses revues médicales et se tenir ainsi au courant de tous les progrès de la science. En publiant ses leçons, M. Lavaux rend donc un véritable service aux praticiens.

Dans le premier volume, qui comprend les 15 premières leçons, se trouvent les détails relatifs à l'emploi de la cocaïne, au lavage de la vessie sans sonde, au lavage continu de l'urèthre antérieur, et l'histoire clinique des maladies de l'urèthre.

On y lira un chapitre inédit sur les ruptures de l'urèthre chez les enfants et une description complète du spasme de l'urèthre, dont le diagnostic, autrefois très difficile dans beaucoup de cas, se fait aujourd'hui avec la plus grande facilité grâce à la cocaïne.

Le traitement est toujours indiqué d'une façon claire et précise, mais l'auteur a surtout décrit avec beaucoup de soin la thérapeutique actuelle des rétrécissements de l'urèthre. Les résultats que l'on obtient aujourd'hui avec la simple dilatation sont véritablement merveilleux ; aussi tout médecin doit-il savoir quelles sont les précautions qu'il faut prendre pour obtenir ces succès remarquables.

Nous ajouterons que l'ouvrage du Dr Lavaux est le seul travail sur les affections de l'urèthre, qui soit aujourd'hui au courant de la science, et en particulier de la science française.

Note. Nous recevons d'un grand nombre de nos collègues des demandes de renseignements sur l'organisation nouvelle du service de santé. Beaucoup se préoccupent de l'examen qu'ils désirent passer pour monter en grade. Nous nous empressons de répondre que M. le Dr Bouloumié vient de donner à l'imprimeur un livre intitulé : *Manuel du Candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale*. Ce livre répondra à toutes les questions soit d'examen, soit de formalités ou encore de règlement. La déclaration des candidats aux examens doit bien être faite avant le premier mai prochain ; mais les jurys ne se réuniront que plus tard ; Messieurs les médecins de réserve ou de territoriale peuvent donc attendre ce livre qui paraîtra bien avant la convocation pour les examens. Son prix sera de 3 fr. 50. On peut dès maintenant s'inscrire pour un exemplaire que l'on recevra franco en adressant une valeur de pareille somme au Directeur de la Société d'Editions Scientifiques. Le livre traitera aussi des questions relatives aux médecins et pharmaciens auxiliaires.

Nous rappelons à nos confrères si nombreux, qui s'occupent de Photographie, qu'ils trouveront tous les renseignements qu'ils peuvent désirer dans les trois volumes suivants :

I. *Traité des excursions photographiques*, par Fleury-Hermagis et Rossignol, un vol. in-18 de 500 pages. Frontispice en deux couleurs de Fraipont, 44 gravures dans le texte. Prix : 6 fr.

II. *L'atelier de l'amateur*, par Fleury-Hermagis, Prix : 1 fr. 50.

III. *La Photographie de l'amateur débutant*, par Abel Buguet, agrégé des sciences physiques. Prix : 1 fr. 25. Remise de 20 %.

Les débutants trouveront dans ces trois volumes, qui forment une bibliothèque de Photographie complète, les guides les plus sûrs pour arriver seuls à des résultats satisfaisants dès la première expérience. Ils éviteront à la fois perte d'argent et de temps qui découragent si souvent les bonnes volontés les plus éclairées.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 16 | 19 Avril 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Conseil de Direction de la Société du Concours Médical

Séance du 14 avril 1890.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot.
Excusé : M. Gibert.

Le secrétaire-trésorier expose que depuis la dernière réunion générale, il a été encaissé :

En rentes et coupons divers. f.	183 74
En dons divers à la Société civile	406 »
	889 74
Il existait : Fonds disponibles	74 33
Total	964 07

Sur cette somme, il a été dépensé :

Frais du banquet ... fr.	579 65
Jetons de présence et déplacements	85 »
Frais d'études pour la question assurance-maladie	63 50
Total...	728 15

A la réunion générale, le portefeuille était de... fr.		32.410 50	
Et le reliquat des fonds non disponibles	142 53	301 13	
Depuis, ces fonds non disponibles se sont augmentés de : (16 adhésions nouvelles)	158 60		
L'avoir général de la Société se compose donc, en fonds non disponibles, de			32.711 63
En fonds disponibles			235 82
Total général			32.947 45

Ce compte est approuvé.

Le Conseil de Direction décide de proposer, à la prochaine assemblée générale, que tout médecin membre d'un *syndicat* ou d'une *société locale* n'aura pas besoin de présenter de parrain pour son admission dans la *Société civile du Concours médical.*

M. Cézilly, au sujet de l'*indemnité de maladie*, expose que, d'après les renseignements obtenus, tant auprès des syndicats que des membres du Conseil général de l'Association, il résulte que la prise en considération et la mise à exécution de cette œuvre est fort douteuse. Il demande que le conseil de direction détermine la règle de conduite qui devra être suivie à la séance du 14 de l'Association générale.

Le Conseil, vu l'importance de la question, décide qu'on demandera, à l'Assemblée générale de l'Association, de surseoir à tout vote sur la question, et, pour continuer les études, de nommer une commission spéciale, prise dans le sein du Conseil général ; commission qui entendra l'exposé des projets de toutes les personnes qui, d'une façon notoire, se sont occupées de la question et pourra, s'il y a lieu, soumettre un projet développé, avec calculs à l'appui, à toutes les sociétés locales. Si cette demande était repoussée et si l'Assemblée générale renvoyait à trois années l'examen d'un nouveau vœu sur l'*indemnité*, le Conseil de Direction est d'avis que, en présence d'un aussi long retard, son devoir est de rendre sienne cette question et de s'efforcer de la résoudre en dehors de l'Assemblée générale.

Le conseil examine ensuite diverses demandes et détails d'administration.

La séance est levée à 11 heures.

Ont signé : MM. Cézilly, Maurat et Gassot.

Séance du Bureau de l'Union des Syndicats du 13 avril 1890.

Présents : MM. Cézilly, Destrem et Maurat.
Excusés : MM. Barat-Dulaurier, Lardier et Lécuyer.

M. Cézilly, Président, en l'absence de M. le Dr Barat-Dulaurier, expose au *Bureau de l'Union* la question *Indemnité de maladie* dans les mêmes termes qu'au Conseil de Direction et le conseil prend les mêmes décisions que ce dernier.

Revision de la loi sur les Syndicats.

Le Bureau décide qu'il y a lieu (en présence du récent arrêt de la *Cour de Paris* concernant les Syndicats des professeurs libres) de demander au *Conseil judiciaire de l'Union* une étude sur la question et quels seraient, à son avis, les moyens à employer pour que la même cour pût être appelée à se prononcer sur la légalité des *Syndicats médicaux*.

Avant de lever la séance, on exprime à M. *Dulaurier* des souhaits de prompte guérison.

Ont signé : MM. Cézilly, Maurat et Destrem.

Caisse des pensions de retraite des Médecins Français.

L'Assemblée générale a eu lieu le dimanche 13 avril, à 10 heures du matin, au siège social, chez M. le Dr Delefosse, 22, place Saint-Georges.

Le comité directeur avait décidé la veille les diverses mesures nécessitées par la réunion du lendemain. M. *Dujardin-Beaumetz*, président de l'œuvre, avait été empêché par une maladie récente, dont il est heureusement convalescent. Nous lui adressons, au nom de tous, nos souhaits de prompt rétablissement.

Le comité des censeurs a siégé à neuf heures du matin, le dimanche. Il a vérifié la régularité des comptes du trésorier, M. Verdalle, et examiné les deux cent cinquante mille francs de valeurs qui constituent, dès aujourd'hui, le capital de la caisse des pensions.

A 10 heures, l'Assemblée, présidée par le *Président du Comité des censeurs*, M. de Ranse, a entendu les rapports de M. le Dr Lande, secrétaire général et celui de M. Verdalle, comme d'habitude, un modèle de clarté, et qui sera un puissant élément de propagande. L'Assemblée, à l'unanimité, a adressé ses félicitations à MM. Lande et Verdalle. Nous publierons dans un prochain numéro, ces deux importants documents.

L'Assemblée a procédé alors au renouvellement du Comité Directeur. M. Lande a été élu vice-président, M. Verdalle trésorier, et M. Delefosse secrétaire général. M. Delefosse a réclamé et obtenu la promesse de la collaboration active de M. Lande. MM. Beaumetz, Dulaurier, Maurat, Cézilly ont été élus membres du Comité Directeur.

L'Assemblée a procédé ensuite à la nomination d'une partie du Comité des Censeurs et elle a décidé diverses mesures de propagande. Bonne journée professionnelle pour l'œuvre de la *Caisse des pensions de retraite des Médecins Français*.

Assemblée générale de l'Association des Médecins de France.

La journée de dimanche a ressemblé à toutes les séances solennelles, ainsi que le Banquet du soir à l'Hôtel Continental ; 120 médecins étaient présents.

Celle de lundi à laquelle ont pris part de nombreux délégués a été occupée deux heures durant, par la lecture des rapports de M. Mottet, sur la revision du taux des honoraires médico-légaux, et de M. Lereboullet sur la question de la délivrance de l'*indemnité de maladie* par l'Association générale.

La discussion qui a suivi le rapport de M. Mottet n'a présenté rien de particulièrement remarquable, à ceci près que l'Assemblée a accordé une grande faveur à l'énergique réclamation de M. le Dr Sellier, délégué de la Mayenne, qui s'est plaint d'une façon très spirituelle de l'impossibilité où se trouvent les délégués de connaître et d'étudier les rapports avant le moment où on les met en demeure de les discuter et de les voter.

FEUILLETON

Sur les bancs des écoles.

I

Esprit de routine, versatilité : tels sont les grands défauts de notre pays.

Ces deux manières d'être, qui semblent s'exclure, vous les retrouvez à chaque pas.

On reste dans l'ornière, sans songer à en sortir, ou bien on modifie, sans discernement, pour le plaisir de modifier, pour faire quelque chose et ne point faire comme son prédécesseur.

Nous aimons le bruit. Le plus grand homme pour nous est encore........ et sera longtemps peut-être, celui qui sait le mieux battre de la grosse caisse !

Mais à côté de ce besoin inné de changement, de cet amour du nouveau, existe un penchant tout aussi inné pour ce qui a toujours été, pour le *statu quo*.

Ça ne s'est jamais fait !

C'est par cet anathème d'un nouveau genre qu'on arrête les novateurs.

Il suffirait de parcourir les innombrables bureaux de cette administration (que l'Europe ne nous envie plus, sans doute !) pour prouver ce que nous avançons.

On a bâti des écoles ; on a fabriqué des instituteurs et des institutrices... à telle enseigne qu'il en est aujourd'hui en réserve un stock énorme qu'on ne sait où et comment écouler ; l'instruction obligatoire a été décrétée, rien de mieux, mais a-t-on corrigé les vices de l'enseignement ? Ah non ! *Ça ne s'est jamais fait....*

II

Je la vois encore, notre classe ! ! Une grande salle blanchie à la chaux qu'éclairaient quatre croisées donnant sur la campagne. A droite de la classe : la cuisine de l'instituteur ; à gauche : sa chambre à coucher. C'était..... simple, primitif et surtout économique (cinquante francs de loyer par an). Il en était de plus mal lotis. Je connais un petit village possédant alors, pour local scolaire, la cuisine même du pédagogue.

Enseignement et fritures, tout s'accomplissait dans le même sanctuaire !

Quantum mutatus ab illo ! ! Aujourd'hui ce modeste chef-lieu de commune (641 âmes) offre aux regards étonnés du voyageur un groupe scolaire de cinquante-deux mille francs coûtant ! ! soit : 1300 fr. par tête, quarante élèves environ fréquentant l'école. Par compensation, ma vieille salle est restée, avec quelques badigeonnages de plus à son actif, ce qu'elle était, il y a trente ans. Sur 8 communes dont se compose le canton, la manne gouvernementale est tombée sur deux seulement. Les six autres attendent et attendront longtemps sans doute la rosée bienfaisante. Pourquoi ?

Je vois le lecteur se demander le rapport existant entre l'hygiène et cette prodigalité.

Est venu ensuite le tour de l'indemnité de maladie. Le rapport de notre très aimé et distingué confrère Lereboullet est parfaitement consciencieux et impartial.

Mais le *Conseil général*, dont le rapporteur est nécessairement l'interprète, avait son siège fait. Les arguments présentés par M. Lereboullet se sont ressentis de cette tendance et ils n'ont pu convaincre l'assemblée et l'amener à voter, comme d'habitude, les conclusions du Bureau.

C'est dire que l'*indemnité de maladie* a obtenu gain de cause. Grâce aux efforts de divers orateurs, elle a triomphé de la résistance du Bureau du Conseil général.

Nous passerons sous silence les incidents nombreux et nous les résumerons de la façon suivante : l'Assemblée générale de l'Association, à l'unanimité, moins quatre voix, a décidé que la question de *l'indemnité de maladie* restait à l'ordre du jour de l'Assemblée de 1891 et qu'elle serait soumise aux Sociétés locales sous une nouvelle forme :

« *Le Conseil général de l'Association choisira, parmi ses membres, une commission de l'indemnité de maladie. Cette commission s'adjoindra toutes les personnes qui, à un titre quelconque, se sont occupées de la question. Elle étudiera leurs projets ou leurs œuvres ; elle fera une sélection et votera, s'il y a lieu, l'adoption d'un système. Ce système, avec calculs à l'appui, sera exposé dans tous ses détails, critiqué, comparé aux autres, dans un travail général qui sera imprimé et adressé à toutes les Sociétés locales. Celles-ci pourront alors le discuter et exprimer une opinion motivée.* »

Voilà le point capital de la remarquable séance du lundi 14 avril 1890.

Est venu ensuite l'exposé rapide des vœux exprimés par les Sociétés locales et le vote encore plus rapide à leur sujet. Nous en donnerons le compte rendu ultérieurement en même temps que celui de la séance. Il sera édifiant pour nos lecteurs qui savent lire entre les lignes.

Société de protection des Victimes du Devoir médical.

Cette jeune Société, fondée par le Concours médical, vient d'avoir une nouvelle preuve de la sollicitude constante de l'un de ses vice-présidents, *M. Henri Monod*. Le directeur de l'Assistance publique de France a informé M. le trésorier que, sur sa demande, le ministre de l'intérieur avait alloué, pour la seconde fois, une somme de *deux mille francs* à la caisse de l'œuvre. Que M. Monod soit remercié de son intervention au nom de tous les membres de nos diverses Sociétés.

LA SEMAINE MÉDICALE

PREMIÈRE SESSION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Dans un pays comme le nôtre, qui compte dans le passé les plus grands noms de la science dermatologique et de la syphiligraphie, et qui dans le présent peut opposer aux plus illustres spécialistes de l'étranger dans ces branches de la médecine des spécialistes d'une égale valeur, il était singulier qu'il n'y eût pas de Société où elles fussent uniquement cultivées. Les représentants actuels de notre école de Saint-Louis avaient déjà senti le besoin de se réunir étroitement par des conférences publiques hebdomadaires, qui avaient été essayées l'an dernier, mais qui n'avaient pas été continuées d'une façon régulière, malgré le nombreux public médical qu'elles avaient attiré. Elles auraient abouti nécessairement à une certaine *monotonie*, puisque seuls les médecins de l'hôpital et leurs collaborateurs immédiats y prenaient

---

La démonstration est facile.

Supposons que les trente mille francs si libéralement octroyés à deux communes aient été partagés à parts égales entre les huit, que chacune d'elles ait ajouté douze mille francs ; chaque localité possédait par le fait une école d'environ quinze mille francs, somme bien suffisante, dans un village, pour être fort convenablement logé. C'étaient huit bâtiments commodément installés remplaçant huit bâtiments dont les conditions hygiéniques devaient laisser bien à désirer. Au lieu de quarante, c'étaient au moins deux cents élèves profitant de ce bien-être. C. Q. F. D.

Ce qui est vrai pour huit communes l'est pour les 36,000 que comporte la division territoriale de la France.

Mais ces palais scolaires, dont les frais d'édification obéreront souvent le budget d'une commune, remplissent-ils au moins toutes les conditions voulues d'hygiène ? Répondent-ils aux sacrifices que s'imposent les municipalités ? Hélas ! qu'il en existe de construits en dépit du sens commun !

Les commissions chargées d'examiner les questions de salubrité d'un bâtiment à élever sont nommées, Dieu sait comme ! On y trouve un peu de tout : des notaires, des huissiers, des cultivateurs, des épiciers en retraite, etc., etc. ; de tout.... excepté des médecins.

L'Hygiène ?.... d'abord c'est pour eux l'inconnu ; la connaîtraient-ils, qu'ils s'en moquent.

Exemples :

Il y a quelques années le village de P. dans la...... Loire-Occidentale (1), vote la construction d'une maison d'école. Un riche propriétaire offre gratuitement.. (*gratuitement*, vous entendez ?) un terrain assez vaste pour édifier cette école avec cours spacieuses et jardin, le tout ayant vue sur la place.

Oui, mais..... le donateur était un *infâme clérical* ! Accepter un terrain infecté de cléricalisme !. Jamais ! !

L'administration municipale aliéna une partie de la place du village et bâtit sa maison juste devant la cour du château, un monument du XVIIe siècle qui, avec sa façade, sa grille artistique, ornait admirablement ce petit coin de la localité. Les enfants n'ont pas de cour de récréation, pas même de lieux d'aisances ; seulement, jugez-donc ! si l'on a stupidement déprécié, abîmé une propriété communale, on a *embêté* le châtelain !

Le châtelain a fait élever, de l'autre côté de sa grille, un grand mur atteignant le niveau du toit de l'édifice communal ; si bien, qu'en plein midi, il faut maintenant allumer les lampes pour voir clair dans les classes.

La commune de A. construit un groupe scolaire du prix de 60,000 francs. Le terrain choisi formant plan incliné, il a fallu faire une tranchée atteignant un maximum de 5 à 6 mètres ; c'est dans ce trou qu'a été placé le bâtiment. Le sol étant excessivement humide, des infiltrations n'ont point tardé à se produire, le rez-de-chaussée destiné aux classes fut bientôt inondé

(1) Je pourrais nommer le village en toutes lettres ; si je m'abstiens, c'est par pure pitié pour les tristes citoyens coupables de la méchante ânerie ci-dessus citée. A. B.

part : ce qui restreignait les débats entre une douzaine de personnes. Aussi, par l'initiative même des médecins de Saint-Louis, s'est créée une Société, dans laquelle peuvent entrer tous les médecins qui s'intéressent aux maladies cutanées et syphilitiques. Cette Société a tenu ses premières assises annuelles sous forme de trois séances consécutives les 10, 11 et 12 avril, et plusieurs questions intéressantes y ont été traitées. Dorénavant elle continuera à se réunir à l'hôpital Saint-Louis le premier jeudi de chaque mois, et chaque année une session de trois jours pendant les vacances de Pâques formera un congrès comparable à celui qu'ont organisé, avec tant de succès, les chirurgiens français.

Diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme au moyen de la réaction de la salive sur le calomel.

M. *Burlureaux* a rappelé un signe donné par Poncet (de Lyon), le goût alliacé perçu par le malade saturé d'iodoforme quand on lui met dans la bouche un objet d'argent, et il en a signalé un nouveau. Si l'on mélange une pincée de calomel avec un peu de salive contenant une infime dose d'iode il se forme une teinte jaune serin par formation d'iodure mercureux.

Traitement de la syphilis par le sparadrap au calomel.

M. *Quinquaud* vient d'ajouter un nouveau mode de traitement de la syphilis par la voie cutanée à ceux qu'on possédait déjà ; ce moyen a le sérieux avantage d'être d'une exécution bien facile, exempt de toute contre-indication, et son promoteur en a constaté plusieurs fois l'efficacité. Il s'agit d'appliquer au niveau de la région splénique un morceau de sparadrap au calomel dont voici la formule :

Emplâtre diachylon des hôpitaux.	3.000
Calomel à la vapeur...............	1.000
Huile de ricin.....................	300

On commence par savonner la peau pour faciliter sa fonction d'absorption et on applique un décimètre carré d'emplâtre au point précité. On laisse en place 8 jours, on cesse 8 jours, on réapplique 8 jours et ainsi de suite ; chez les individus assujettis à un travail manuel il faut renouveler tous les 4 ou 5 jours l'emplâtre. L'analyse chimique des urines faite chez une vingtaine de syphilitiques a prouvé que le mercure ainsi appliqué sur la peau, par suite d'une transformation probable du calomel en sublimé par les chlorures des sécrétions cutanées, apparaît dans les urines vers le 4e, 5e ou 6e jour, s'élimine activement du 8e au 12e jour et même lorsqu'on cesse alors l'application du sparadrap continue à s'éliminer pendant 4 et même 6 semaines. On peut avoir une légère stomatite, mais toujours bénigne, en doublant l'étendue du sparadrap. Les manifestations syphilitiques qui ont cédé à l'emploi de ce seul traitement ont été des syphilides papulo-tuberculeuses, des roséoles, des syphilides en corymbes, des plaques cutanées.

Vaccine compliquée de gangrène dans une syphilis maligne précoce.

M. *Balzer* a observé une vaccine gangreneuse chez une femme syphilitique, mais dont la syphilis avait été dès le début d'une allure maligne et avait coexisté avec une blennorrhagie, sans préjudice de manifestations scrofulo-tuberculeuses. La vaccination avait été pratiquée cinq mois après l'infection et quand l'état de la malade grandement amélioré avait semblé autoriser la vaccination ; un seul bouton de vaccine se développa et bientôt se transforma en une eschare noirâtre de l'étendue d'une pièce de cinq francs, embrassée dans une zone épaisse d'induration inflammatoire. Les pansements antiseptiques secs au salol et à l'iodoforme réussissaient seulement à limiter l'envahissement du sphacèle, qui revenait dès qu'on substituait les pansements humides au sa-

---

et avec sa nappe d'eau de 40 centimètres de hauteur, acquit de suite un faux air d'établissement de pisciculture. Le rez-de-chaussée a été transformé en préau, l'on a ajouté un étage de plus ! !

III

Lorsque nos députés enfantent une loi, lorsque nos ministres rendent un décret, se demandent-ils si lois et décrets sont applicables en tous temps, en tous lieux ?

On fait une loi pour Paris, pour les grandes villes ; quant aux cantons, villages, hameaux....

« Ils sont tous à leurs yeux, comme s'ils n'étaient pas ».

Ceux-ci suivent de loin ; un peu plus, un peu moins jusqu'à ce que lois et décrets soient inappliqués et aillent rejoindre les vieilles lunes. Cependant ces modernes Solons savent pertinemment que la topographie du Jura, de l'Auvergne, des Alpes, etc., ne ressemble en rien à celle de Paris et de ses environs !

Dans ceux-ci les habitations agglomérées au chef-lieu même constituent à elles seules (à quelques rares exceptions) la commune tout entière. Dans les montagnes le chef-lieu forme à peine le quart de la population totale; le reste est disséminé dans des hameaux distants souvent de trois, cinq, huit kilomètres du clocher paroissial.

Qu'en résulte-t-il ?

En ville chaque quartier possède son école ; à l'heure dite, par des rues toujours praticables, les élèves gagnent l'établissement scolaire.

Dans les environs de Paris, les enfants n'ont que le village à traverser.

Dans les montagnes, un mauvais sentier converti en ruisseau aux jours de pluies, comblé par la neige, en hiver, conduit seul au domicile de Monsieur l'instituteur. C'est à pied, en faisant une à deux heures de chemin que le petit paysan se rend à l'école. Et voici la scène quatre à six mois durant, dans tous ces hameaux isolés et perdus.

Six heures du matin viennent de sonner à la vieille horloge de la cuisine ; le père ou la mère saute à bas du lit, allume le feu ; devant le feu pose un petit pot contenant une soupe préparée de la veille, puis va secouer un marmot qui dort les deux poings fermés! L'enfant pleure, mais l'école l'appelle ; force est de se lever... et puis, hier, il n'a point achevé ses devoirs !

Il se lève donc tout transi, s'habille à la hâte, s'installe au coin de la table, et à la lueur de la lampe fumeuse finit le verbe, l'analyse, l'exercice inachevé. L'enfant n'a pas faim, mais il avale à grand'peine le potage qu'on vient de préparer.

Les camarades arrivent... quelques bambins de son âge, et tous, la casquette enfoncée jusqu'aux oreilles, un gros cache-nez autour du cou, des mitaines aux mains, leur cartable sur le dos, franchissent le seuil.

Le temps fait rage au dehors ; la neige tombe, tourbillonnant, fouettée par le vent du nord. Les pauvres petits vont quand même, de leur pas le plus rapide. Trois, six kilomètres à franchir !! La bise leur cingle la figure, la neige leur vient à mi-jambe, elle se congèle sur leurs vêtements, leurs bas, leurs culottes en sont couverts !

lol ou à l'acide phénique. Le traitement par l'iodure à 6 gr. par jour amena seul la chute de l'eschare et la réparation 4 mois après la vaccination.

C'est un fait intéressant, mais où la tendance gangreneuse est suffisamment expliquée par la multiplicité des facteurs de cachexie ; comme l'a fait remarquer M. *du Castel* et comme le pense M. *Balzer* lui-même, il n'en faudrait pas conclure à la nécessité de ne pas revacciner les syphilitiques.

Cependant, M. *Mauriac* estime qu'il faut s'abstenir de revacciner les syphilitiques dont les tendances à l'ulcération cutanée sont manifestes.

Syphilide tuberculeuse laminée simulant le lupus érythémateux.

Que de masques revêt la syphilis ! Le professeur Fournier lui-même, assisté d'un confrère expérimenté, avait diagnostiqué un lupus érythémateux de la lèvre inférieure chez une jeune femme de 26 ans et le traitement était dirigé dans ce sens quand l'apparition d'une ophthalmie hérédo-syphilitique obligea à rectifier le diagnostic, et la guérison complète du prétendu lupus par le traitement spécifique permet de conclure qu'il existe une syphilide du groupe tertiaire offrant tous les caractères du lupus érythémateux ; sorte de syphilide tuberculeuse passée au laminoir, laminée, suivant l'expression que propose M. Fournier. On est accoutumé à rencontrer les dermatites tertiaires sous la forme d'infiltrations massives ou tout au moins saillantes, exubérantes ; mais il faut savoir qu'exceptionnellement la syphilis tertiaire peut se traduire par des expressions cutanées moins grossières, moins importantes comme infiltration et épaississement des tissus.

M. Fournier rappelle à ce propos qu'on a parlé plusieurs fois dans ces derniers temps d'une manifestation cutanée tertiaire affectant la forme d'une simple roséole (roséole tertiaire).

MÉDECINE PRATIQUE

Les dyspepsies douloureuses, gastralgies et pseudo-gastralgies.

Technique de l'examen clinique. — Colique saturnine, lithiase, cardialgie, crises gastriques des tabes.

On m'a demandé un article sur le traitement des crises gastralgiques, mais je crois qu'il ne pourra être utile qu'à la condition de traiter d'une manière générale la question des gastralgies, y compris les fausses, de beaucoup les plus fréquentes.

Rien n'est plus commun que les gens qui souffrent de l'estomac ou du moins qui éprouvent des sensations douloureuses dans l'aire épigastrique, et rien n'est plus difficile que de les soulager dans certains cas. On n'y arrive pas toujours, même avec un diagnostic exact ; mais quand on a fait une erreur de diagnostic (ce qui est toujours excusable) ? Ou quand on n'a pas fait de diagnostic du tout (ce qui ne l'est pas) ?.. on a encore moins de chances d'y arriver.

Si on ne fait pas de diagnostic, on a tort ; il faut toujours faire un diagnostic au moins vraisemblable et provisoire, sans quoi on n'est pas médecin ; il faut laisser au pharmacien le privilège de prescrire des drogues pour un symptôme isolé, accusé par le malade et non contrôlé.

Si on a fait une erreur de diagnostic, c'est le plus souvent non pas par erreur de pathologie — ce que les médecins savent le mieux, — mais par une faute de technique dans l'examen clinique.

Quand on se trouve consulté par une personne qui a mal à l'estomac, c'est-à-dire qui dit avoir mal à l'estomac, la première chose à faire :

1° C'est de la *faire déshabiller* et de mettre à nu la partie inférieure du tronc et l'abdomen.

C'est élémentaire, mais trop de médecins l'oublient, ou parce qu'ils (les vieux praticiens) sont trop pressés, ou parce qu'ils (les jeunes) ont peur

---

Que de fois, à cette heure matinale, j'ai rencontré de ces malheureux enfants, bleuis par le froid, se rendant silencieusement au chef-lieu de la commune! Comme je jurais alors contre les auteurs de lois si barbares!

Régulièrement, après avoir ébauché un salut que leur *emmitouflement* rendait impossible, la première question qu'ils m'adressaient était : — Monsieur, quelle heure est-il ?

Ah ! l'heure ! !

Un quart d'heure après la classe sonnée, la porte de l'école est verrouillée et le retardataire reste tout suant au seuil de l'huis, encourt une punition et..... contracte un rhume.

Admettons que nos écoliers soient assez heureux pour arriver à temps. Les voilà dans la salle, une salle surchauffée. Sous l'influence de la chaleur, la neige pénètre leurs vêtements. Immobiles sur leurs bancs, ils gardent, pendant trois heures, leurs pieds et les jambes mouillés.; aussi, est-il inconcevable combien les douleurs névralgiques, les rhumatismes (rares jadis chez les enfants) sont fréquents aujourd'hui.

Quand je dis trois heures, c'est huit ou dix qu'il faudrait compter ; car les enfants trop éloignés de leur village n'y retournent point à midi, mais seulement à six heures du soir.

Est-ce fait ? Non. Restent encore les devoirs à faire (trois ou quatre heures de travail). Enfin l'enfant gagne son lit pour recommencer encore et toujours cette vie de forçat. En vérité, je le demande à tout homme raisonnable, quel avantage y a-t-il, au point de vue de leur instruction, à les tirer du lit à six heures du matin, à les faire patauger ainsi dans la neige ? Un ministre songera-t-il à mettre bon ordre à ces coutumes si préjudiciables à la santé ?

Il y a quelques mois, le maire d'une des montagneuses communes de l'Auvergne, *Estandeuil*, pris de pitié pour ces petits qu'il voyait, tous les matins, arriver grelottant à l'école, adresse au préfet une pétition émanant de tous les pères de famille et priant l'autorité supérieure de changer l'heure de la classe. On commencerait à neuf heures, au lieu de huit. La réclamation fut rejetée ! Entrer en classe à neuf heures ! ! Je disais que les lois étaient faites pour Paris et les grandes villes. A Paris, en effet, on déjeune à onze heures, donc la sortie est à onze heures : la rentrée se fait à une heure, total deux heures de repos, temps bien suffisant pour prendre un repas. En province on déjeune ou plutôt on dîne à midi : c'est à midi que l'ouvrier revient au logis, que le cultivateur quitte les champs. Mais l'enfant, lui, est de retour depuis une heure. Pour peu que papa soit en retard, que maman n'ait point préparé le repas à temps, on dîne à midi, une heure pour manger et regagner l'école ! L'enfant avale vite, vite, et, son repas mal digéré, revient s'asseoir sur les bancs de la classe.

De mon temps, nous rentrions à l'école à deux heures (justement parce que nous ne dînions qu'à midi), mais nos législateurs ont changé cela ; tout à *l'instar de Paris* ! Sans s'occuper des inconvénients, sans chercher à y remédier en modifiant les règlements suivant les circonstances.

Dr Barry. *(A suivre).*

d'ennuyer le ou plutôt *la* malade ; — il y a plus de femmes que d'hommes qui se plaignent d'avoir mal à l'estomac, et la femme porte un corset qu'elle est agacée d'enlever pour une foule de petites raisons faciles à comprendre. — Donc il faut faire déshabiller assez complètement la personne malade pour n'être arrêté dans son exploration par aucune entrave ; il est indispensable de pouvoir *voir* et *palper*.

Pour cela il faut : 2° la *faire coucher horizontalement* sur un lit ou un divan.

Cette recommandation paraîtra peut-être encore superflue à beaucoup, mais je ne la crois pas telle ; car je me rappelle avoir vu tant de cabinets de médecins où il n'existait aucun meuble permettant l'exploration dans le décubitus dorsal complet. Et combien de fois, ayant demandé à des malades, chez lesquels une constatation clinique aisée n'avait pas été faite, si on les avait examinés antérieurement de la même manière que moi, j'ai reçu l'assurance que plusieurs médecins leur avaient délivré des ordonnances après une simple conversation et quelques pressions rapides au niveau de l'estomac, la malade étant assise ou debout.

Quand le malade est couché sur le dos et déshabillé comme je l'ai dit, il faut le prier de montrer avec *un seul* de ses doigts le *siège exact*, s'il le peut, de la douleur qu'il éprouve et qu'il rapporte à l'estomac. Il ne peut pas toujours localiser aussi exactement, ou parce qu'il ne sait pas s'observer — c'est fréquent — ou parce que sa douleur est de celles qui se diffusent et s'irradient ; dans ce cas on peut obtenir qu'il indique *le point précis où la douleur commence*.

Ce point précisé, le médecin doit y appuyer la main d'abord à plat, puis avec l'extrémité des doigts ou un seul, *d'abord très doucement*, puis de plus en plus fortement et profondément afin de constater si ces différentes pressions provoquent une douleur quelconque. Outre le point que le malade indique, il faut presser et palper toutes les régions voisines et même assez éloignées qui peuvent avoir avec la région douloureuse des connexions musculaires ou nerveuses.

Je suppose qu'on a d'abord conduit l'interrogatoire, pratiqué l'auscultation du cœur et l'examen clinique général de manière à écarter les plus grosses erreurs d'interprétation du malade (névralgie intercostale pure et simple des anémiques, des impaludiques, douleur rétrosternale de l'ischémie cardiaque, angine de poitrine pseudo-gastralgique, etc.), et qu'il existe des présomptions suffisantes de gastralgie ou de dyspepsie douloureuse par suite d'un rapport quelconque entre l'ingestion des aliments ou leur digestion et la douleur.

Paroi musculaire de l'abdomen, côlon transverse, foie, voies biliaires, rate, reins, pancréas, plexus nerveux, rachis, tous les organes qui sont devant ou derrière l'estomac normal ou dilaté, ou autour de lui, doivent nous préoccuper quand nous explorons un gastralgique ou soi-disant tel.

Un exemple au hasard. J'ai été consulté par un peintre qui se plaignait depuis quinze jours de crampes d'estomac, il avait vu deux confrères qui lui avaient donné des opiacés, de la belladone ; il souffrait toujours autant. Aucun ne l'avait fait déshabiller ; il avait le ventre en bateau, les muscles droits contracturés, une constipation opiniâtre ; la pression énergique avec la main à plat le soulageait, il avait même un léger liseré gingival : sa gastralgie était de la *colique saturnine* qui fut guérie en trois jours par le traitement classique. A quoi tiennent les erreurs de diagnostic ? Si ce peintre avait été un peintre en bâtiment vêtu d'une blouse blanche et coiffé d'un bonnet de papier, le premier médecin qui le vit aurait sans doute pensé de suite à la maladie professionnelle ; mais c'était un prix de Rome, qui allait consulter en redingote et ganté ; je ne sais même pas s'il avait décliné sa profession aux confrères. En tout cas ce fut quand il se déganta, pour se déshabiller à ma prière, que je remarquai qu'il avait les doigts tout jaunis par l'usage immodéré de la cigarette. D'où ce dialogue : « Fumez-vous en peignant ? — Continuellement. » — Sans vous laver les mains ? — Bien entendu. — Et quelle couleur avez-vous employée surtout depuis quelque temps ? — Le blanc, pour un portrait de jeune fille en pied. — Blanc à base de plomb ? — Oui, en grande partie. »

Rien n'est plus fréquent que la confusion des *coliques hépatiques frustes* avec la gastralgie. L'apparition des prétendues crampes d'estomac une heure environ après les repas, c'est-à-dire au moment où s'établit franchement le flux biliaire dans le duodénum, le début de la douleur plutôt dans la région de la vésicule qu'à l'épigastre même, les irradiations plutôt vers l'omoplate droite et la moitié droite du thorax, et surtout la constatation d'une teinte subictérique quelquefois bien légère sur les conjonctives, la coloration un peu brunâtre des urines avec réaction du pigment biliaire, tels sont les principaux points de repère pour diagnostiquer la colique hépatique pseudo-gastralgique.

La palpation est encore ici très utile ; car ces accès de coliques hépatiques frustes sont très souvent précédés, accompagnés et suivis d'un peu de gonflement de la vésicule et même de tuméfaction et de sensibilité du foie.

Il faut chercher, comme on sait, la vésicule sur le bord externe du muscle droit dans l'angle qu'il forme avec le rebord costal ; son exploration nécessite qu'on déprime profondément la paroi abdominale et que celle-ci soit en état de relâchement ; ce qu'on n'obtient que si la malade, ayant le tronc et l'abdomen sur un plan rigoureusement horizontal, et les cuisses fléchies sur le bassin, respire régulièrement et profondément; on profite de l'expiration pour enfoncer, non pas brusquement, mais lentement et profondément, dans la région hypochondriaque droite, sous le rebord costal, l'extrémité des doigts réunis, une main appuyant sur l'autre.

C'est la même technique pour l'exploration de toute la zone sus-ombilicale de l'abdomen.

Aucun détail n'est à négliger. Si c'est en hiver, il faut s'assurer qu'on n'a pas froid aux mains ; il faut toucher franchement la peau et non l'effleurer, ce qui peut chatouiller, faire rire ou effaroucher le ou la patiente, on ne doit pas cependant heurter brusquement, la paroi ; car toutes ces fausses manœuvres, provoquant les contractions réflexes de la ceinture musculaire et notamment des muscles droits, rendent la palpation profonde impossible.

Quant à l'appréciation du volume du foie par la percussion, c'est une recherche délicate, généralement mal faite. Pour délimiter le bord supérieur du foie d'avec le bord inférieur du poumon, on peut percuter assez fort. Mais, pour préciser le bord inférieur du foie, il est indispensable de per-

cuter *très légèrement* et de rapporter au foie toutes les parties qui ne sont pas franchement sonores ; on ne doit pas oublier que le bord inférieur est souvent recouvert par quelque anse intestinale. Quant au lobe gauche, quand il est augmenté de volume, il couvre une plus ou moins grande étendue de la face antérieure de l'estomac ; si on percute fort à ce niveau, on éveille, par contre-coup, la sonorité gastrique. Un foie normal ne doit pas dépasser le rebord costal chez l'adulte.

Dans les cas où un doute reste sur la possibilité de coliques hépatiques frustes, on fera bien d'essayer la pierre de touche du traitement : bicarbonate de soude une heure avant les repas, perles d'éther et de térébenthine ou d'éther amylvalérianique au milieu des repas ont triomphé à ma connaissance plusieurs fois de prétendues gastralgies dites anémiques, que n'avaient guéries ni l'opium ni surtout le fer

Parmi les sensations douloureuses qu'éprouvent certaines malades dans la région épigastrique se place celle que G. de Mussy différenciait très nettement de la gastralgie et qu'il a étudiée très minutieusement sous le nom de *cardialgie*. « Douleur violente, soudaine, revenant par accès plus ou moins rapprochés, ayant, en un mot, tous les caractères d'une névralgie, elle débute le plus souvent pendant le travail de la digestion, plus rarement à jeun ; elle peut acquérir subitement une intensité extrême ou se développer graduellement ; elle peut être compressive, tensive, pongitive, térébrante ; elle devient atroce, angoissante, accompagnée d'une sensation de défaillance et souvent d'oppression ; très souvent la douleur retentit dans la région rachidienne. Le malade pousse des cris, se désespère, se croit menacé d'une mort prochaine ; il est dans un état d'agitation et d'anxiété indicibles.

En général, l'estomac est tuméfié, dur, tympanisé, il serait quelquefois rétracté selon Romberg ; le malade éructe des gaz dont l'expulsion lui procure ordinairement un léger apaisement, il éprouve généralement un soulagement plus prononcé quand, après des efforts de vomiturition, il a rejeté des matières bilieuses ou alimentaires. Quelquefois, cependant, les vomissements ne le soulagent pas, ou sont même suivis d'une aggravation de ses souffrances.

Pendant ces crises, le pouls est accéléré ou ralenti, habituellement petit et dépressible. La peau est froide ; les traits sont grippés, anxieux. Ces accidents durent en général quelques heures, ils se répètent quelquefois plusieurs jours de suite, dans certains cas avec une périodicité régulière qui n'appartient guère qu'à certaines formes de fièvres larvées.

G. de Mussy ne se prononce pas sur le siège de ces sensations ; il ne croit pas invraisemblable l'opinion de Romberg qui les rapporte à une *névralgie du plexus solaire* avec irradiations aux nerfs superficiels de la région épigastrique et aux intercostaux.

Il la considère comme étant le plus souvent une manifestation de la diathèse arthritique, ayant, par ses retours périodiques, par la violence des douleurs et la rapidité du rétablissement, de grandes analogies avec la migraine avec laquelle elle alterne souvent ; il va jusqu'à l'appeler une *migraine épigastrique*.

Il ajoute que dans beaucoup de cas, elle se montre comme complication de l'hypochondrie et de l'hystérie, qu'elle peut remplacer ou précéder chez des arthritiques des affections dartreuses, des catarrhes bronchiques ou intestinaux, de l'asthme, et des coliques hépatiques ou néphrétiques.

Mais il reconnaît aussi qu'elle peut avoir pour cause une lésion organique, ectopie rénale, anévrysmes ou autres tumeurs abdominales, précéder même l'apparition d'un cancer de l'estomac ou du foie, parce que, dit-il, le cancer se développe volontiers sur le terrain de l'arthritisme comme le tubercule sur le terrain du lymphatisme. G. de Mussy distingue, bien entendu, de ces cardialgies pré-cancéreuses les névralgies par compression des cordons ou des centres nerveux quand le néoplasme a envahi ceux-ci par suite de son développement.

A l'époque où écrivait cet éminent clinicien, les *crises gastriques du tabes dorsal*, de l'ataxie locomotrice étaient encore peu connues, bien qu'elles eussent été déjà décrites par Delamare, dès 1866, par Charcot et Vulpian ; on ne diagnostiquait pas la maladie de Duchenne à la période préataxique. Aussi peut-on se demander si bon nombre de cardialgies dites arthritiques ne sont pas des crises gastriques ou gastralgiques.

Un de mes maîtres m'a éclairé une fois fort à propos sur la véritable nature d'accès réputés cardialgiques chez un malade que je lui montrais ; l'abolition ou la diminution du réflexe patellaire et une paresse accusée de l'iris à réagir au réflexe lumineux, l'accommodation aux distances se faisant normalement, permettaient de rapporter à la moelle l'origine des accès de cardialgie ou de gastralgie avec vomissements incoercibles survenant plus ou moins périodiquement.

Ainsi, voilà quelques échantillons d'accidents douloureux pseudo-gastriques ou même vraiment gastriques, mais indépendants du mauvais fonctionnement du tube digestif, c'est-à-dire méritant d'être distingués des dyspepsies douloureuses au point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique.

(A suivre.) L. LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Revision de la Législation

I.

Le travail de Pénelope qu'on appelle l'étude de la revision de la législation médicale vient enfin de faire un pas : la commission parlementaire, deux ministres, le doyen de la Faculté de Paris viennent de se mettre d'accord sur la suppression de l'officiat.

On s'étonne, en vérité, que la chose date seulement d'hier : la suppression du diplôme d'officier de santé, réclamée par tous depuis plus d'un demi-siècle, est une de ces questions tellement mûres, qu'on a pu dire qu'elles en étaient pourries, et ce n'est plus que par de bien piteux arguments qu'elle est combattue par ses adversaires.

Qui donc demande le maintien de l'officiat ?

Ce ne sont ni les officiers de santé, ni les docteurs, ni le public. — Qui donc alors ?

Il y a bien M. Lockroy, mais cette haute autorité ne saurait suffire.

Il y a aussi les gens qui affectent de croire et de

dire que, l'officiat supprimé, les campagnes seront dépourvues de praticiens, privées de tout secours et livrées au charlatanisme le plus éhonté. C'est le triomphe du fameux argument : « Il y a encore, en France, tant de communes qui n'ont pas de médecins, et pourtant il existe actuellement tant d'officiers de santé ! si on supprime ceux-ci, la situation s'aggravera. Par exemple, dans le Morbihan...... » On connaît la suite.

Et c'est de semblables raisons qu'il faut réfuter !

Se figurent-ils donc, par hasard, ceux qui tiennent ce langage, que toutes les communes sont tenues d'avoir un médecin, comme elles ont un maire ? Elles n'ont même pas toutes un garde-champêtre faute de pouvoir le nourrir, et l'on prétend que la suppression de l'officiat les empêchera seule d'avoir un médecin !

Mais pour avoir un médecin, docteur ou officier de santé, il faut d'abord pouvoir le faire vivre et c'est précisément ce qu'elles ne peuvent faire. J'en prends à témoin toutes ces communes, même d'une importance relative, qui réclament partout et à tous un médecin, promettant toutes sortes d'avantages et de faveurs qu'elles ne tiennent pas d'ailleurs, et qui, lorsqu'elles sont parvenues à en attirer un, ne peuvent le conserver au delà de six mois.

N'est-ce pas une vérité élémentaire de dire que l'officier de santé, comme le docteur, n'ira s'installer que là où il croira pouvoir gagner sa vie et, pour choisir un poste, s'inspirera uniquement des ressources qu'il peut lui présenter ?

L'officier de santé doit-il donc être condamné à mourir de faim ? Ou bien lui imposera-t-on certaines résidences ? Lui infligera-t-on le Morbihan obligatoire ?

On dit que le Morbihan est dépourvu de praticiens ; qu'on poursuive l'exercice illégal, et la situation changera ; mais ce n'est pas en réglementant à nouveau l'officiat qu'on parviendra à modifier la situation.

On se demande, en effet, ce que signifierait, au point de vue du résultat cherché, la défense qui serait faite aux officiers de santé de s'installer dans les villes d'une certaine population. — Ils devraient chercher ailleurs, soit ! mais serait-ce une raison pour qu'ils aillent là où ils sauront ne pouvoir vivre, pour qu'ils se précipitent en masse sur le Morbihan ?

Et quelle est cette *interdiction de séjour* d'un nouveau genre ? C'est là la conception géniale d'un esprit que hantent les idées de liberté et d'affranchissement ? C'est quand nous protestons, nous médecins, contre les entraves dont souffre actuellement l'officier de santé, que le législateur songerait à lui créer une situation pire encore !

Car enfin, il n'y a pas à dire : si l'officier de santé est capable de soigner un malade, il est capable de le soigner dans une ville de 20.000 habitants aussi bien que dans une bourgade de 25 feux. Et d'ailleurs la confiance ne se réglemente pas législativement, et jamais on n'empêchera un malade de se faire soigner par un officier de santé qui lui convient, habitât-il une ville de 100.000 habitants.

C'est parce que nous jugeons toutes ces entraves incompatibles avec le savoir des officiers de santé et avec les conditions de la vie moderne que nous voulons leur suppression : celui qui peut prescrire la rhubarbe à Dunkerque doit pouvoir conseiller le séné à Perpignan ; celui qui tâte le pouls à Bordeaux-les-Rouches doit pouvoir tâter le pouls à Bordeaux, *dans la Gironde*. En un mot, il faut que les droits des médecins soient les mêmes partout et pour tous.

Mais cette égalité de droits réclame l'unité de diplôme : on comprendrait mal que deux voies différentes — dont l'une plus courte, plus facile et moins onéreuse — conduisent au même but. Il ne faut pas de privilèges à rebours, et c'est pour cela que nous demandons la suppression de l'officiat.

Et quand nous demandons la disparition des deux ordres par la suppression de l'officiat, nous demandons aussi que la situation des officiers de santé en exercice reste intacte, bien plus, qu'elle soit améliorée : nous voulons l'assimilation dans tout ce qu'elle a de possible.

Et ce n'est pas non plus par égoïsme professionnel que nous réclamons : nous avons en vue d'abord et avant tout l'intérêt public. Nous retirerons sans doute du changement des avantages professionnels, puisqu'ainsi disparaîtra une cause trop fréquente de jalousie et de désaccord entre confrères, mais le bénéfice social sera plus grand encore et c'est lui que nous voulons surtout quand nous poursuivons la révision de la législation médicale.

Cette réforme, pour être jugée sainement, doit être envisagée dans son ensemble, et une mesure isolée, si importante soit-elle, ne peut suffire.

La suppression de l'officiat sans les mesures complémentaires : répression de l'exercice illégal, réglementation des études, etc.., ne signifierait pas grand'chose. Aussi, pour nous prononcer en connaissance de cause, attendons-nous le rapport de notre éminent confrère et ami le docteur Chevandier.

Dr A. GASSOT.

II

Il nous a paru utile de reproduire le passage suivant d'une allocution de M. *Chevandier*, de la Drôme. Nous invitons nos lecteurs à seconder les efforts de notre confrère.

« Je crois que l'expérience faite en 1885 doit nous éclairer. La direction du Concours Médical invita alors tous ses adhérents à agir auprès de leurs députés, pour les inviter à étudier le projet de loi et à le voter.

Le nombre des propositions de loi soumises à la Chambre a été si considérable, qu'il est matériellement impossible de lire l'exposé des motifs qui les justifient. Chaque député choisit celles pour lesquelles il a plus de compétence et *reste souvent indifférent à celles qui ne paraissent pas être d'intérêt général.*

Dans ces conditions, une action personnelle est de mise et les médecins, membres du Concours, sont assez nombreux, dans tous les départements, pour exercer, chacun dans leur arrondissement respectif, une influence certaine sur leur député.

Il fut aisé de reconnaître à cette époque que le procédé avait réussi. Beaucoup de Députés de la Chambre et même de la Droite m'arrêtaient dans les couloirs pour me parler de ma proposition de loi, m'affirmaient qu'ils en avaient pris connaissance et qu'ils étaient disposés à la voter.

Pourquoi ne recommencerait-on pas ? cette action est très légitime. On pourrait, ainsi que

l'a proposé notre confrère, M. Gibert, colliger en une brochure les arguments en faveur de la revision, sous une forme concise.

Quant à amener la presse politique à s'occuper de nos intérêts, on vous a dit pourquoi il n'y faut pas compter, à moins de se résoudre à des sacrifices d'argent.

Je serais, pour mon compte, enchanté qu'on me préparât le terrain parlementaire. Il est ingrat aux lois d'affaires. Vous, messieurs, vous êtes on ne peut plus reconnaissants et vous pratiquez vis-à-vis de moi, depuis longtemps, la devise: honneur au courage malheureux. Si flatté que j'en sois, il me tarde de renoncer à vos encouragements et de recevoir enfin les félicitations réservées au succès, auquel j'ose encore croire malgré nos échecs. »

La Convention médicale Franco-Suisse.

Monsieur et très honoré Directeur,

La Société de médecine du Doubs a dû vous adresser des renseignements au sujet du tarif des opérations médico-légales en Alsace-Lorraine, dans les cantons de Neufchâtel et de Lausanne. Si vous ne les aviez pas reçus, je serais à même de vous en fournir immédiatement. Il m'a paru intéressant de savoir comment les choses se passent à Genève qui pendant une partie du premier Empire a été régie par les lois françaises. Ainsi que vous le verrez, la loi française a été seulement abrogée en 1882. Je vous autorise naturellement à conserver l'original ci-joint et le transmettre à qui de droit.

Je profiterai de la circonstance pour vous rappeler le préjudice, moral et matériel porté aux médecins des pays frontières par la Convention signée si légèrement par le gouvernement. Je m'en suis plaint dans un article inséré au *Concours* le 31 août 1889. La Société des Médecins du Doubs s'est occupée de cette question dans une séance du 17 octobre 1889. Il y aurait lieu, à propos de la loi en préparation, de chercher à faire admettre la revision de cette convention. Une formule extrêmement simple et précise pourrait, ce me semble, servir de règlement : « La « tolérance d'exercice pour le médecin étranger « expirerait à la borne kilométrique qui partagerait en deux parties égales la distance séparant les domiciles respectifs des médecins étrangers et les Médecins français. »

Quant à l'admission des médecins étrangers à titre de médecins résidant en France, j'estime que nous ne devrions les admettre qu'à titre de réciprocité rigoureuse, c'est-à-dire que, si la Suisse ou la Belgique nous envoient chacune cinq médecins à titre de réfugiés politiques, elles soient tenues à en recevoir chacune cinq des nôtres au même titre, c'est-à-dire sans examen préalable et à seule présentation du diplôme français, comme nous les recevons à seule présentation de leur diplôme national. Je demanderais en outre que le gouvernement se réservât le droit de leur assigner telle ou telle résidence, afin de pouvoir les envoyer dans les pays déshérités et dépourvus de médecins, au lieu de les laisser s'installer à grands fracas dans les meilleurs postes où, grâce à une foule de circonstances et de conditions qu'il ne me convient pas d'examiner ici pour le moment, ils ne tardent pas à devenir encombrants. Qu'on leur donne les moyens de vivre, rien de mieux, mais qu'on leur sacrifie des jeunes gens qui ont souvent dépensé jusqu'à leur dernier écu pour conquérir leur diplôme, c'est vraiment trop fort. La Suisse aux Suisses et la France aux Français.

J'espère, Monsieur et cher Directeur, que vous voudrez bien faire part de quelques-unes de ces réflexions à ceux qui, comme notre vaillant Chevandier, ont pris en main la défense de nos intérêts professionnels. Ces messieurs n'ont pas le temps de tout lire, il faut leur faire parcourir une courte note pour leur souligner une idée.

Recevez, etc.

Carrez.

Honoraires médico-légaux en Suisse.

Genève, le 7 mars 1890.

Le 9 juin 1882, le Grand Conseil du canton de Genève a abrogé le décret (français) du 18 juin 1811 et chargé le Conseil d'Etat de le remplacer par un règlement.

Les honoraires des médecins et sages-femmes sont réglés par les dispositions suivantes de ce règlement :

Art. 11. — Les honoraires et vacations des médecins, sages-femmes,..., à raison des opérations qu'ils feront ensuite de réquisition d'un magistrat ou fonctionnaire compétent seront réglés ainsi qu'il suit :

Art. 12. — Chaque médecin, indépendamment de la taxe qui lui sera allouée (fr. 2, plus le déplacement kilométrique), pour comparution devant le juge d'instruction, recevra :

1° Pour un certificat sommaire une somme de 3 à 5 francs ;

2° Pour une visite ordonnée avec ou sans pansement ou pour l'examen extérieur d'un cadavre, 5 à 10 francs, rapport compris, plus les frais de voiture s'il y a lieu.

3° Pour les opérations plus compliquées et les autopsies, rapport médico-légal compris, une somme de 30 francs, plus les frais de voiture, comme il est dit ci-dessus.

Art. 13. — En ce qui concerne les frais d'exhumation, on s'en rapportera, pour la main-d'œuvre, aux prix fixés par les autorités communales.

Les honoraires des médecins ou experts spéciaux seront les mêmes que ceux alloués pour les autopsies.

Art. 14. — Les visites des sages-femmes seront payées, rapport compris, 3 à 5 francs, plus les frais de déplacement si elles ont lieu hors de la ville.

Art. 15. — Il ne sera rien dû pour les soins, et traitements administrés après le premier pansement et après les visites ordonnées d'office, à moins d'une réquisition spéciale de l'autorité compétente.

Art. 20. — S'il s'agit d'un expert médecin chargé d'examiner l'état mental d'une personne ou d'un expert chimiste spécial, les honoraires seront réglés sur la présentation de la note des experts.

Si la somme réclamée paraît exagérée, le juge d'instruction le taxera, après avoir pris le préavis du procureur général. En cas de contestation, la Chambre d'Instruction statuera définitivement après avoir entendu l'intéressé et le procureur général.

Art. 36. — Les médecins, chimistes, etc., assignés

pour être entendus à l'audience (tribunal correctionnel ou cour d'assises) recevront une indemnité de 5 à 10 francs (plus les frais de déplacement s'il y a lieu) ; les sages-femmes, une indemnité de 2 à 5 francs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Une poignée de faits.

Les deux premiers faits cliniques, que j'ai l'honneur de soumettre à mes confrères du Concours, n'ont assurément rien d'exorbitant, mais ils entraînent après eux cet enseignement qu'il n'y a jamais lieu de désespérer et que le premier devoir du praticien consiste à ne jamais porter trop catégoriquement un pronostic fatal.

Je présente donc à mes confrères deux malades âgés l'un de 76 ans et l'autre de 75, un vieillard de six pieds.

I

Le premier est atteint d'une hernie étranglée crurale. C'est une opération qui m'est familière, mais dont je crains d'accepter la responsabilité vis-à-vis d'une clientèle toujours nerveuse quand il s'agit de faits opératoires, quand le succès est problématique. J'invite donc mon très honorable et distingué confrère Duplouy à venir libérer le territoire, ce qu'il accomplit avec sa maestria habituelle. Malgré les moyens antiseptiques employés (épiploïte suppurée, état adynamique caractérisé par une langue sèche et noirâtre. Délire, fièvre, etc.) Prescription : café, vin pur, lait ad libitum, jus de viande. Guérison.

II

Mon vieillard de 75 ans, s'est cassé la jambe en tombant de sa hauteur. Fragments multiples occupant le tiers inférieur du tibia, absence de plaie. Appareil de Scultet, pronostic rassurant, sauf réserves nécessaires pour le facteur 75 ans. Le lendemain, apparition de phlyctènes multiples, tuméfaction du membre, phlegmon diffus. Huit jours après, malgré les moyens abortifs usuels, les fragments nagent dans le pus. Drainage, antisepsie rigoureuse.

Au bout d'un mois, la situation du membre est désespérée et l'état général compromis. Malléole dénudée (du côté du péroné). Gangrène du tégument, bien que le membre repose dans une gouttière sur du coton. La langue est sèche et les selles sont involontaires, des eschares se forment au sacrum. Tout cela chez un vieillard de 75 ans, mais taillé comme Charlemagne. Malgré son âge, je lui propose bravement l'amputation. Ce vénérable vieillard, grisé par mon audace et un amour exorbitant de la vie, se décide à l'amputation, amputation que je pratique au lieu d'élection. Mon honorable confrère Duplouy veut bien avoir la modestie de me tenir le membre sur lequel j'exécute les procédés de section les plus modernes, en reléguant dans le musée des antiques le classique huit de chiffre. Trois jours après, gangrène du moignon, gangrène sur la ligne de suture, langue comme une râpe, secousse des tendons, état adynamique dans toute sa pureté.

Contre ces eschares, coussins de caoutchouc, quinquina en poudre, vaseline boriquée et zinguée ; contre l'état de dépression (miction et selles involontaires), strychnine, alimentation forcée, vin pur et café ; contre la gangrène, cautérisations répétées au fer rouge, attouchements avec chlorure de zinc, selon les prescriptions du Traité d'Antisepsie de nos confrères Le Gendre, Barette et Lepage.

Résultat du traitement : ce vieillard, qui, évidemment, a l'ambition du centenaire, vient de regagner son village sur un pilon pris chez un de nos meilleurs fabricants.

Donc, ne désespérons jamais, à l'inverse de Dante. Ce qui équivaut à dire que pour le médecin il n'y a pas d'enfer, même dans l'exercice professionnel.

III

Ici nous tombons dans le domaine de l'hypnotisme. Ne riez pas, mes chers confrères. Le Dr Luys vient de publier un livre que je me suis hâté d'acquérir. J'y ai trouvé toutes les qualités du maître, la sagacité, l'observation et la plume alerte et distinguée qu'il faut bien lui accorder. L'hypnotisme a en Luys un de ses prophètes les plus autorisés. Si vous en doutez, je vous livre le cas dont je suis l'observateur convaincu.

La jeune P. est âgée de 14 ans. C'est une enfant nerveuse atteinte de fièvre typhoïde à forme bénigne. La convalescence était en train de s'affirmer, quand un de ses voisins (numerus stultorum infinitus) lui apprend brusquement qu'une de ses amies atteinte de la même affection vient de mourir tout à coup. Emotion immédiate profonde. L'enfant se met à pleurer à chaudes larmes ; le lendemain elle était folle à lier. Peurs sans causes, hallucination, voix dans les oreilles, refus absolue de nourriture.

6 jours après l'état était le même, dépérissement obligé. Impasse pour le médecin : si l'enfant ne meurt pas, c'est une brebis pour le loup.

L'alimenter avec la sonde n'est pas pratique dans les familles. L'envoyer dans un hospice est impossible. La malade ne supporterait pas le voyage dans l'état d'émaciation où l'a jetée l'intervention intelligente que l'on sait. En désespoir de cause, je lui mets bravement la main sur les yeux et je lui dis avec énergie : à partir de demain à telle heure, tu mangeras. — Oui, monsieur Reignier ! A l'heure dite, la révoltée de la veille dévorait littéralement potage et beefsteaks.

Malgré tout, les peurs, les hallucinations et les voix persistaient. Je lui place les mains sur les yeux, et je lui impose sans l'endormir (suggestion verbale) l'ordre de n'avoir plus peur, de n'avoir plus d'hallucinations, et de ne plus entretenir de conversations avec des êtres superhumains (comme dit Figuier). « Oui, monsieur Reignier », me dit sacramentellement cette pâte ductile qu'a si vivement influencée un orateur de village, et que ma volonté est en train de renvoyer à ses moutons. A partir de cette seconde intervention, tout a disparu. La malade se porte... comme son médecin.

IV

Je termine cette trop nombreuse nomenclature par deux cas de dengue présumée. Que de cas auront été semblables au mien et combien de douleurs articulaires auront été attribuées à cette prétendue entêtée, tandis que Saturne aura été le

véritable auteur des prétendus coups de barre sur les genoux ! Voici les faits : Deux époux d'un village voisin de Surgères me font appeler pour des douleurs intolérables dans les jambes et dans le ventre. Tous deux sont épouvantablement constipés, et tous deux ont le coup de barre classique sur les genoux. Pas d'éruption, mais si le mari n'a pas de fièvre, sa femme fait monter le mercure à 38°. Par ce temps d'influenza qui court ceci ressemble singulièrement à la dengue. Seulement, comme il est permis de se défier de la mode et des engouements épidémiques, je me mis à examiner les gencives et je constate sans trop de surprise le liseré de Burton chez mes deux malades. Mes dengués sont deux saturnins, empoisonnés par l'usage de prétendus couverts d'étain, lesquels recèlent le plomb par moitié. L'iodure de potassium, les bains sulfureux, les purgatifs, m'ont permis pour ces deux cas de remiser la dengue dans les contrées fantastiques d'où elle n'est peut-être jamais sortie.

Dr G. Reignier,
membre correspondant de la Société de Médecine Pratique de Paris.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat du Loiret.

Le syndicat médical du Loiret, consulté sur la question de la revision des tarifs de 1811 applicables aux médecins requis de prêter leur concours à la justice, a pris la délibération suivante :

Le syndicat médical du Loiret estime qu'une réforme complète du service de la médecine légale est nécessaire ; mais, ajournant l'étude de cette réforme pour se renfermer dans l'examen de la question qui lui est posée, déclare se borner à réclamer l'adoption des mesures suivantes, intimement liées à la réforme des tarifs.

« 1° Le médecin n'a le devoir d'obéir qu'à une « réquisition écrite signée d'un magistrat ou d'un « officier de police judiciaire.

« 2° Tout médecin requis a droit à des honorai« res, quel que soit le motif de la réquisition.

« 3° Le tarif d'après lequel seront calculés ces « honoraires sera unique pour toute la France.

« 4° Le droit des médecins à des vacations sera « absolu dans tous les cas.

« 5° Il y aura distinction formelle entre le tra« vail du rapport, celui des visites et celui des opé« rations.

« 6° Le recouvrement des honoraires dus aux « médecins pour faits de médecine légale leur « sera facilité ; ils devront notamment pouvoir « toucher ces honoraires au bureau d'enregistre« ment de leur canton. »

Procédant ensuite à l'examen des divers articles du tarif, le syndicat médical du Loiret déclare ce tarif suranné, toujours dérisoire, souvent vexatoire et absolument inacceptable ; il émet le vœu que les dispositions suivantes soient substituées aux articles en vigueur :

« 1° Chaque médecin ou chirurgien, requis de « prêter son concours à la justice, recevra, sa« voir :

« Pour chaque visite : *cinq francs* ;

« Pour une autopsie simple : *vingt-cinq francs ;*

« Pour une autopsie après exhumation ou dans « l'état de putréfaction du cadavre, séjour pro« longé dans l'eau ou dans une fosse d'aisances, « etc...., *cinquante francs*.

« Dans les prix ci-dessus n'est pas compris le « rapport qui sera taxé à dix francs.

« 2° Toute opération ou visite, dont la durée « dépassera trois heures donnera, en sus des prix « ci-dessus, lieu à vacation par chaque durée sup« plémentaire de trois heures ou fraction.

« Sera compté dans ce temps celui pendant le« quel le médecin sera retenu à la disposition de « la justice.

« Le prix de la vacation sera de dix francs. Les « vacations de nuit seront taxées vingt francs.

« Les heures de nuit commencent à huit heu« res du soir en hiver et à neuf heures en été ; « elles finissent à sept heures du matin en hiver « et à six heures en été.

« 3° Il y aura lieu à vacations supplémentaires « pour le rapport, s'il comporte des études pro« longées ou des travaux spéciaux.

« 4° L'indemnité de déplacement sera taxée par « chaque kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au « retour, à partir du domicile du médecin jus« qu'au lieu où la constatation médicale devra se « faire. Elle sera taxée à cinquante centimes, le « jour, et un franc la nuit.

« 5° Tout dérangement tel que prestation de ser« ment, dépôt de rapport, déposition devant le « juge d'instruction, etc...., sera taxé, comme « une visite simple, à cinq francs.

« 6° Lorsque le médecin sera arrêté au cours « d'un voyage par force majeure, le tarif des va« cations sera applicable. »

Le Secrétaire, Dr A. Gassot. *Le Président,* Dr Defaucamberge.

Syndicat médical de l'arrondissement de Domfront et des cantons limitrophes.

Assemblée extraordinaire du 4 mars 1890.

Le 4 mars 1890, sur convocation en Assemblée extraordinaire, le Syndicat médical de l'arrondissement de Domfront et des cantons limitrophes s'est réuni à 2 h. 30 du soir, dans une des salles de Flers-de-l'Orne.

Le Président a donné lecture d'une lettre de Monsieur le Procureur de la République de Domfront. Dans cette lettre, M. Lefresne, sur la demande de Monsieur le Garde des Sceaux, consulte le Syndicat sur les modifications qui doivent être apportées au tarif des honoraires en médecine légale et prie de lui envoyer copie de la délibérations qui sera prise.

Après de nombreuses observations, échangées entre les membres du Syndicat, le tarif suivant est voté à l'unanimité :

1° Visite simple	10 fr.
2° Rapport	10 fr.
3° Ouvertures de cadavres et autres opérations plus difficiles que la simple visite et en sus des droits ci-dessus	50 fr.
4° Ouvertures de cadavres après exhumation et en sus des droits ci-dessus......	100 fr.

5° Par vacation (2 heures au maximum) le jour........................... 10 fr.
6° Par vacation (2 heures au maximum) la nuit.............................. 20 fr.
7° Déplacements............................ 1 fr. par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour. Si le total donne une fraction de km. cette fraction compte pour un km.
8° Séjour forcé dans une résidence autre que celle du médecin.......... par jour 25 fr.
9° Dans tous los cas où le médecin est appelé, en raison de sa profession, devant les Tribunaux, l'indemnité qui lui est allouée doit être celle de l'expert, augmentée des frais de déplacement et de résidence, comme il est dit ci-dessus.
10° Simplification des formalités pour le paiement des honoraires.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance a été levée.

Pour copie conforme,

Le vice-Président,	*le Président,*	*le Secrétaire.*
A. Legallois,	F. Lecomte,	E. Lange.
La Ferté-Macé	Mesnil-Hubert.	Flers-de-l'Orne

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Infusion de digitale.

R. Poudre de feuilles digitale 0 gr. 30 à 0 gr. 60 centigrammes.
Faites infuser pendant vingt minutes dans
Eau bouillante.......... 200 grammes.
Filtrez et ajoutez :
Sirop d'écorce d'orange... 60 grammes.

Cette potion sera prise par cuillerées à soupe à intervalles réguliers dans les 24 heures, en dehors des heures de repas.

Elle sera renouvelée trois jours consécutifs, puis cessée.

P. L. G.

REPORTAGE MÉDICAL

Au 15 octobre 1889, il y avait à la Faculté de médecine 3.894 étudiants, dont 121 femmes ; les 3,894 étudiants comprennent 729 étrangers.

La proportion de ces derniers est considérable et elle prouve que notre enseignement est apprécié surtout en Russie. Ces étrangers doivent faire preuve d'études antérieures et ils peuvent concourir avec nos nationaux pour diverses situations. Il est souhaitable que, sans nuire au recrutement de sa nombreuse clientèle étrangère, la Faculté trouve le moyen de ne pas rendre les concours plus aisés pour les étrangers que pour nos nationaux gênés par leur service militaire.

— Le Conseil général des Sociétés d'arrondissement de la Seine a entendu M. Chevandier exposer son projet de loi et M. David, son projet relatif aux dentistes. Le Dr Chassaing le 10 avril développera ses idées au sujet des médecins de quartier.

—C'est probablement à *Bordeaux* que sera établie l'*Ecole navale de médecine*. Les candidats feront une année d'études pratiques aux succursales situées dans les 3 ports militaires ; 3 années à Bordeaux, où ils devront être reçus docteurs. Ce grade acquis ils retourneront dans leur port d'attache faire une année d'application et seront médecins de marine de 2e classe.

— Madame *Lunier* offre un prix de *mille francs* à la Société de tempérance, pour le meilleur travail sur les conséquences héréditaires de l'alcoolisme et les moyens moraux, sociaux, thérapeutiques de les atténuer.

— Un relevé fait par la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, constate que la mortalité des enfants en bas-âge, en France, est inférieure à celle des autres pays, à l'exception de la Suède et de l'Angleterre. Dans ces deux contrées, le chiffre de la mortalité est de 154 et 157 pour mille ; en France, il est de 169, en Italie de 220, en Autriche de 258. Quant à l'Allemagne, si en Prusse on trouve 217 décès seulement, en Bavière on en compte 317, en Wurtemberg 329 et dans la Souabe jusqu'à 400 pour 1.000. Les nombreuses naissances illégitimes de la vertueuse Allemagne expliquent ce résultat.

— *Le bulletin des nourrices, journal de vulgarisation*.— Avis. Dans un but humanitaire et pour répandre le plus possible dans la classe ouvrière les notions d'hygiène infantile, le docteur E. Toussaint met *gratuitement* à la disposition de MM. les maires, médecins-inspecteurs du service de Protection des enfants du premier âge, des sages-femmes et de toutes les personnes qui voudront bien se charger de les distribuer dans leur entourage, autant d'exemplaires du *Bulletin des Nourrices* qu'il leur plaira de lui demander, par lettre affranchie.

— Les élèves et amis du regretté professeur Damaschino ont décidé de lui élever un buste destiné à être placé dans la salle des Actes de la Faculté de Médecine.

Le Comité de souscription est composé do MM. Henri Roger, les professeurs Charcot et Brouardel, Gouguenheim, Bardoux, Francis Charmes, Pauly. Les souscriptions sont reçues chez MM. Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Des Nodules Osseux sous-cutanés, par le Dr E. Monin, in-8° de 70 pages Prix : 2 fr. 50. Notre savant confrère démontre dans ce travail illustré de gravures histologiques que le tissu graisseux peut se transformer en nodules calcifiés et même en nodules ossifiés. Il n'existait jusqu'ici aucun travail analogue sur l'origine et le traitement des nodules.

Sommaire de la Neuvième livraison des Sciences biologiques : I. La méthode expérimentale considérée dans les Sciences biologiques, par J. V. Laborde, de l'Académie de médecine. — II. Études de biologie générale : La Lutte pour la vie, suivant les doctrines transformistes.— III. Promenades médicales dans l'Exposition : L'opium à fumer, ses effets physiologiques et sociaux, par E. Egasse (très intéressante étude). — IV. Les machines électro-statiques médicales, par le Dr A. Broca. — Prix de la livraison : 1 fr. 50. L'ouvrage complet formera un magnifique volume illustré de plus de mille pages. Adresser 30 fr. pour recevoir tout ce qui est paru et à paraître à M. le Directeur de la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 17 | 26 Avril 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

TRENTE ET UNIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Séance du 13 avril 1890. — Présidence de M. H. Roger.

Nous reproduisons le compte rendu, suffisamment explicite, de la *Semaine médicale*. Les détails que nous pourrions y ajouter ne feraient que caractériser des tendances du Conseil général qui se sont déjà traduites dans les assemblées antérieures. Nous espérons que la séance du 14 avril fera époque et que désormais il ne sera plus si difficile, pour les délégués, de remplir le rôle dont ils sont chargés par leurs commettants.

Il nous paraît utile également de signaler aux Sociétés locales un détail de procédure qu'elles paraissent ignorer. Nous l'avons appris, deux années de suite, à nos dépens.

Dix vœux étaient exprimés par les sociétés locales ; ces dix vœux pouvaient être considérés comme l'essence du mouvement professionnel de 1890.

Les sociétés sauront que 20 minutes à peine ont été consacrées par le rapporteur, l'honorable M. Horteloup, à leur exposition. La discussion a été nulle. La cause en est bien simple : *aucun délégué* ne s'est levé pour les exposer, les discuter, les défendre.

Les sociétés locales devront à l'avenir transmettre leurs vœux en temps utile au Président. Elles devront en outre, si elles tiennent, comme de raison, à l'adoption de leurs vœux, charger leur délégué d'en prendre la défense et de réclamer un vote régulier. Nous affirmons avoir, à plusieurs reprises, à cause de la rapidité avec laquelle les dix vœux ont été expédiés, voté dans un sens opposé à notre sentiment.

Vœux soumis à la prise en considération de l'Assemblée générale.

Le Conseil général a reçu dix vœux nouveaux.

I. — La Société de Laon, Vervins, Château-Thierry, demande « que la rédaction d'un code de déontologie soit confiée au Conseil général. » *Ce vœu n'est pas pris en considération. Le délégué n'a pas parlé et il avait pourtant de bien bonnes raisons à alléguer.*

II. — Cinq vœux, ayant rapport à la loi de 1811, ont été émis par les Sociétés de la Meuse, des Landes, de la Loire et Haute-Loire.

La Société de la Meuse demande « la réforme des honoraires pour les opérations médico-légales. » Dans un deuxième vœu, elle désire voir instituer « un certificat spécial de médecin légiste » ou voir créer « un corps officiel de médecins légistes ». Enfin, la même Société formule un troisième vœu : « L'abolition des médecins certificateurs assermentés. »

La Société de la Loire et Haute-Loire demande qu'à l'avenir, dans les grandes villes, le poste de médecin légiste soit mis au concours.

Aucun de ces quatre vœux n'est pris en considération.

Ces vœux ont été rejetés comme une superfétation. On pouvait cependant discuter cette opinion.

Le cinquième vœu relatif à la loi de 1811 est formulé par la société des Landes dans les termes suivants :

« 1° L'Association générale est invitée à mettre à l'étude, au sein du Conseil général, la question des changements, des améliorations à apporter à la pratique de la médecine légale. — 2° Que, une fois son étude terminée, elle en saisisse les pouvoirs publics en leur demandant, au nom du corps médical français, que le projet du code d'Instruction criminelle qui organise sur de nouvelles bases la pratique de la médecine légale, soit enfin définitivement discuté et voté par le Parlement. »

Ce vœu est pris en considération.

La Société du Nord a émis le vœu suivant :

« Que le Conseil mette à l'ordre du jour les voies et moyens nécessaires pour permettre à l'Association la délivrance d'une indemnité aux socié-

taires malades, moyennant une cotisation supplémentaire.

Ce vœu a été rejeté; nous ne comprenons pas pourquoi?

La Société de Tarn-et-Garonne demande qu'en outre des pensions accordées aux membres malades, il soit également accordé, autant que l'état des finances le permettra, une pension de 600 fr., à titre de pension de retraite, à ceux des membres de l'Association qui auront dépassé 60 ans et qui font partie de l'Association depuis plus de 10 ans et en commençant toujours par les plus anciens ». — *Rejeté.*

On aurait pu, à cette occasion, aborder la question des pensions de revenu. Mais pas de temps, pas d'orateur!

La Société des Alpes-Maritimes demande « qu'à l'avenir les pensions viagères soient attribuées : 1° aux médecins infirmes présentés par les Sociétés locales ; 2° aux médecins les plus âgés, membres de l'Association depuis plus de quinze ans ». — *Rejeté.*

Même observation.

La Société de la Loire-Inférieure propose qu'une Caisse dite des Victimes du Devoir soit instituée à l'Association pour donner des secours aux familles des sociétaires morts par suite d'actes de dévouement accomplis dans l'exercice de la médecine, ou aux membres eux-mêmes devenus incapables de continuer à pratiquer la profession, à la suite d'un acte de dévouement professionnel. — *Rejeté.*

Puisque le Concours médical *a fondé la* Société de protection des Victimes du Devoir médical, *le délégué aurait eu une belle thèse!* La Société de protection vient de recevoir du ministère de l'intérieur une 2e allocation de 2,000 fr.

M. *le Président,* après avoir souhaité la bienvenue aux présidents et délégués des Sociétés locales, paie un juste tribut de regrets au vice-président de l'Association, le docteur Ricord, qui, par testament, a légué aux confrères déshérités un capital de 10,000 fr. ; il proclame ensuite les noms des autres bienfaiteurs de l'Association. Il termine en déclarant qu'il faut que le chiffre des pensions soit élevé, progressivement, jusqu'au taux maximum de 1,200 fr. Alors, ce jour fortuné proclamera le mérite de l'Association et la gloire de ceux qui l'ont fondée.

M. *Brun, trésorier,* expose le bilan des différentes caisses de l'Association à la fin de l'exercice 1889 :

Capitaux de la caisse générale. Fr.	88.089 06
Caisse des pensions viagères......	1.343.273 75
La Société centrale et les Sociétés locales..............................	1.061.142 43
Total....... Fr.	2.492.505 24

En outre, les rentes qui appartiennent à ces différentes caisses, en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 %, représenteraient un total d'environ 200,000 fr., ce qui porterait l'ensemble des capitaux de l'Association à 2,692,505 fr. 24.

D'autre part, voici la liste des secours donnés, sous différentes formes, par l'Association, dans le dernier exercice :

La caisse des pensions viagères a servi 84 pensions de 600 fr. et une pension de 500 fr., soit.	50.900
La Société centrale et les Sociétés locales ont accordé à des sociétaires, veuves, fils ou filles de sociétaires, et à des personnes étrangères à l'Association...	58.015
Total.....	108.915

M. *Riant, secrétaire général,* après avoir fait connaître que le nombre des nouveaux sociétaires en 1889 a dépassé 300, signale plusieurs faits d'exercice illégal de la médecine dont les auteurs ont été condamnés sur les plaintes des sociétés locales. Il relate ensuite quelques cas litigieux qui ont fait l'objet de consultations de la part des conseils judiciaires de l'Association.

M. *Richelot* lit le rapport sur les pensions viagères pour l'exercice de 1890. Il propose d'accorder, cette année, 96 pensions de 600 fr. (Cette proposition a été adoptée dans la séance du lundi 14 avril.)

M. Lannelongue est proclamé vice-président, en remplacement de M. Ricord, décédé.

La séance est levée.

Séance du 14 avril 1890. — Présidence de M. Roger.

Projet de revision du décret réglant les honoraires en matière d'expertises médico-légales.

M. *Motet* lit, au nom d'une commission composée de MM. Brouardel, Lannelongue, Dufay, Vannesson et Motet, un rapport dans lequel, après avoir exposé l'historique de la question, il fait le résumé d'ensemble des réponses adressées par plus de 70 Sociétés locales à la circulaire du garde des sceaux.

La commission est d'avis : 1° que le même tarif doit être appliqué aux expertises médico-légales dans toute la France ; 2° que les visites, les examens, les autopsies, doivent être payés d'un prix fixe et uniforme ; 3° que les rapports doivent être payés par vacations ; 4° que les frais de transport soient comptés par kilomètres, non pas de clocher à clocher, mais du clocher jusqu'au point où le médecin doit se rendre ; 5° que le médecin soit toujours considéré comme un expert et qu'en cas de séjour forcé en dehors de son domicile, il reçoive une indemnité quotidienne suffisante et uniforme ; 6° que les honoraires (sauf les vacations) et les fournitures de médecin expert soient réputés frais urgents ; 7° que les honoraires et autres frais des experts médecins requis par les commissaires de police soient taxés comme frais urgents.

TARIF DU 18 JUIN 1811 MODIFIÉ

UNIFORMÉMENT APPLICABLE A TOUTE LA FRANCE

Des honoraires et vacations des experts médecins, chirurgiens, sages-femmes, et des vacations des experts et interprètes.

Art. 17. — 1° Pour chaque visite et certificat immédiat........................... Fr.. 10 »

2° Pour visite y compris examen à l'aide d'instruments spéciaux ; pour visite et pansement.. 20 »

En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit donnant le détail des opérations comprises au paragraphe 2, sera payé par vacations.

3° Il sera alloué aux médecins experts :

a) Pour autopsie d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né......................Fr. 15 »

b) Pour autopsie d'un adulte............ 30 »

c) Pour autopsie après exhumation..... 50 »

En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit des dites autopsies sera payé par vacations.

Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes seront payées.................. Fr. 5 »

Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures pour les opérations sera remboursé.

Art. 22. — Chaque expert médecin recevra pour chaque vacation de trois heures et pour chaque rapport, lorsqu'il sera fait par écrit, savoir :

Une vacation de jour.................. 7 fr.
Une vacation de nuit.................. 10 fr.

Il ne pourra être alloué, pour chaque journée, que deux vacations de jour et une de nuit.

Art. 25. — Dans tous les cas où les experts médecins, chirurgiens, sages-femmes, comparaîtront soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des experts, par vacation, s'ils requièrent taxe.

Des frais de voyage et de séjour auxquels l'instruction des procédures peut donner lieu.

Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux experts médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc. lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43 et 44 du code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au delà.

Art. 91. — Cette indemnité est fixée pour chaque kilomètre parcouru, en allant et en revenant, savoir :

Pour les experts médecins, chirurgiens, sages-femmes, 0 fr. 50.

Pour les experts médecins, etc., les distances seront calculées sur le nombre réel de kilomètres parcourus du lieu de la résidence de l'expert au lieu où se feront les opérations requises.

Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés dans le cours du voyage par force majeure, ils recevront une indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir :

Les experts-médecins, chirurgiens... Fr. 20 »

Art. 96. — Si les mêmes individus sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, dans celle où l'affaire sera jugée, et qui ne sera point celle de leur résidence, il leur sera alloué, pour chaque jour de séjour, une indemnité fixée ainsi qu'il suit :

Pour les experts médecins, chirurgiens, dans toute la France........................ Fr. 20 »

Du paiement et recouvrement des frais en justice criminelle.

Art. 134. — Sont réputés frais urgents :

1° Les honoraires de visite et certificats, rapports, autopsies, vacations, indemnités de transport, d'arrêt forcé et de séjour des experts médecins, etc.

2° Toutes dépenses relatives à des fournitures ou opérations pour lesquelles les experts médecins sont habituellement requis.

Circulaire du garde des sceaux, 5 février 1860. — Abrogée.

Article additionnel. — Les honoraires, vacations ou indemnités des experts-médecins auxquels donnera droit la réquisition écrite d'un officier de police administrative, faisant fonctions d'auxiliaire du procureur de la République, seront taxés comme frais urgents, et visés ainsi qu'il est dit à l'article 140. Ils seront payés par l'administration de l'enregistrement sur la présentation de l'exécutoire.

M. *Pamard* (d'Avignon). — Si l'on avait envoyé aux diverses Sociétés locales le rapport de M. Motet, nous serions arrivés ici prêts à discuter et à même d'émettre des opinions conformes à celles des sociétaires qui nous ont délégués.

M. *le secrétaire général.* — La chose était à peu près impossible, car nous avons encore reçu, il y a quatre ou cinq jours à peine, plusieurs rapports relatifs à la question.

M. *Pamard.* — Il est regrettable que les rapports ne soient pas imprimés d'avance et envoyés aux Sociétés locales, car la lecture faite en assemblée générale occasionne une perte de temps considérable ; si nous les recevions plus tôt, nous pourrions les étudier et les discuter ensuite ici avec plus de compétence et d'autorité.

M. *Lande* (de Bordeaux). — Il y a un autre genre de nécropsies, qui ne rentre pas dans la classification et qu'il serait important de signaler : ce sont les nécropsies retardées, les nécropsies de sujets en décomposition, qui peuvent être la cause de certains dangers et qui devraient être rangées dans la troisième catégorie.

En conséquence, je propose l'amendement suivant à l'article 17 :

Au lieu de : « Pour autopsie après exhumation », mettre : « Pour autopsie d'un sujet, de n'importe quel âge, en voie de décomposition dans un milieu quelconque. »

M. *Brouardel.* — La commission accepte l'amendement proposé par M. Lande et elle en tiendra compte dans la rédaction définitive.

M. *Hubert.* — La Société de la Manche serait désireuse de voir le parquet faire transporter dans l'hôpital le plus proche les cadavres à autopsier, parce qu'à la campagne il est souvent difficile de trouver un endroit plus ou moins propice pour ce genre d'opération.

M. *Brouardel.* — Cette question ne peut pas faire l'objet d'un article de loi, mais elle pourrait être réglée par une circulaire de M. le ministre de la justice.

M. *Coutagne* (de Lyon). — Je crois que ce transport serait très onéreux, mais si l'assemblée était d'avis de prendre en considération la proposition de la Société de la Manche, je demanderais, comme je l'ai déjà fait à la Société d'anthropologie criminelle, qu'il soit établi dans chaque commune un dépôt mortuaire qui pourrait servir de salle d'autopsie.

Un membre propose de porter, à l'article 22, la vacation de jour à 10 fr. au lieu de 7 fr., et celle de nuit à 20 francs au lieu de 10 francs.

M. *Brouardel.* — Le relèvement proposé dans le rapport causerait 150,000 fr. environ d'augmentation des frais en matière d'expertise médico-légale ; or, je ne pense pas qu'une augmentation plus considérable aurait chance d'aboutir, si l'on tient compte surtout de ce fait que la com-

mission instituée auprès du ministère de la justice pour reviser les tarifs du 18 juin 1811 a été nommée, non pas pour relever lesdits tarifs, mais bien au contraire pour les *diminuer*.

M. *Masbrenier* (de Melun). — L'article 93 modifié ne me semble pas suffisamment clair ; en effet, un médecin peut, sans sortir de sa commune, faire sept ou huit kilomètres à partir de son domicile et n'être pas payé pour son déplacement, le mot « résidence » étant susceptible d'être confondu avec le mot « commune ».

M. *Lande.* — Il suffirait de remplacer le mot « résidence » par le mot « domicile ». (Adopté.)

M. *Liétard.* — La Société des Vosges demande qu'on établisse deux tarifs pour les frais de déplacement (art. 91), l'un pour les dépositions devant la cour et l'autre pour les constatations.

M. *Motet.* — Il est à peu près impossible dans un tarif d'établir les deux prix que demande le département des Vosges. D'ailleurs, si l'on tient compte de l'opinion de la très grande majorité des Sociétés locales, le prix de 50 centimes par kilomètre est suffisant.

M. *le président.* — La discussion générale est close.

De l'assurance et de l'assistance en cas de maladie (1).

M. *Lereboullet* lit, sur cette question, un rapport que nous résumons ainsi :

Des divergences formelles existant, au sujet de la question de l'assurance contre la maladie, entre les diverses Sociétés dont la fédération constitue l'Association générale, le Conseil ne peut être en mesure de proposer une solution immédiate et définitive.

Tout en reconnaissant l'utilité des mesures qui permettraient d'accorder une indemnité à tous les médecins que la maladie empêche de continuer l'exercice de leur profession, presque toutes les Sociétés ont affirmé qu'une cotisation supplémentaire de 120 fr. par an serait beaucoup trop élevée. *Quatre* Sociétés locales acceptent ce chiffre. *Onze* autres se rallient à un projet qui se rapproche plutôt de celui qu'a soumis M. le docteur Cézilly. L'immense majorité reconnaît que, réalisable peut-être à Paris et dans quelques grands centres où l'on trouve un nombre suffisant de médecins aisés et déjà familiarisés avec la question d'assurance, une *Société civile*, fondée sur le modèle de *l'Association médicale mutuelle de la Seine*, resterait fermée à ceux de nos confrères qui ont le plus besoin de notre assistance. Cette première solution a donc été écartée.

Quelques-unes des Sociétés locales (*onze*) ont proposé dès lors de créer à côté, mais en dehors des institutions qu'a fondées l'Association (2), une caisse spéciale d'assurances contre la maladie en fixant à 60 fr. le chiffre annuel de la cotisation exigible de ceux qui voudraient obtenir une indemnité journalière de 10 fr., pendant une durée de trois mois, suivant les uns, de quatre mois, d'après les autres. Sur les 60 fr. ainsi versés annuellement, 12 fr. seraient destinés à assurer, comme par le passé, le fonctionnement de la caisse des secours et de la caisse des pensions viagères, 48 fr. serviraient à fonder et à entretenir la nouvelle Société.

Enfin, d'autres Sociétés sont d'avis que, sans rien modifier aux statuts, il sera possible, en majorant le taux des cotisations actuellement exigées de tous les membres de l'Association, d'étendre, de développer l'œuvre d'assistance confraternelle, en accordant à tous ceux *qui en auraient besoin* une indemnité en cas de maladie.

M. Lereboullet reconnaît que si, toutes les fois qu'un des membres de l'Association se trouve arrêté par la maladie, ses confrères pouvaient s'entendre, non seulement pour lui prodiguer les soins dont il a besoin, mais encore pour assurer momentanément, près de sa clientèle, tous les services dont il a la charge ; et, au besoin, s'il est peu fortuné, pour demander à la Société dont il fait partie une assistance temporaire, la plupart des motifs que l'on invoque aujourd'hui pour créer une assurance mutuelle contre la maladie se trouveraient écartés.

« On nous objectera, continue le rapporteur, que ces secours temporaires et cette assistance confraternelle ne pourraient *être exigés*. Nous réclamons, nous dit-on, une indemnité *de droit*, non un *secours* ; et nous repoussons celui que pourrait nous accorder l'Association parce qu'il est toujours pénible et douloureux d'avouer qu'on en a besoin.

Si vous avez pris bonne connaissance des conditions auxquelles il faut se soumettre pour obtenir l'indemnité en cas de maladie, vous trouverez que *ce droit à l'indemnité* est plus chèrement acheté encore que le droit au secours. Le médecin qui voudra faire partie de l'une des associations nouvelles dont on projette la création, devra tout d'abord déclarer qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité. Cette déclaration faite, il lui faudra se soumettre à la visite de deux médecins, qui s'assureront qu'elle est, sinon sincère, du moins exacte. Reconnu bien portant et admis à verser sa cotisation, il se trouvera soumis à un contrôle non moins rigoureux lorsqu'il se déclarera malade. Il lui sera interdit sous peine d'amende, voire même d'exclusion, de donner, à son domicile, aucune consultation pendant tout le cours de sa maladie (1).

D'autre part, les indemnités accordées à nos malades ne le seront jamais qu'*au prorata* des ressources disponibles. Il pourra donc arriver, qu'après avoir alloué 10 francs par jour, pendant une ou plusieurs années, on se verra forcé de n'accorder que 5 ou 6 francs les années suivantes (2).

Toutefois, il importe de le déclarer nettement, pour que l'assistance en cas de maladie, pût être libéralement accordée par l'Association, il serait nécessaire d'élever le taux de nos cotisations. Comme l'a si bien dit M. le docteur Cézilly, ce n'est pas avec 12 francs par an que l'on peut faire face à toutes les obligations qui s'imposent à une œuvre comme la nôtre. Mais, par contre, que ne pourrait-on réaliser dans ce sens, si les 8,600 membres de l'Association consentaient un sacrifice que leur demandent ceux qui partagent l'avis exprimé par la Société de l'Allier et du Morbihan ! Supposez que le taux de la cotisation soit porté à 20 francs

(1) Au courant de la lecture nous ferons quelques observations en note.
A. C.

(2) La plupart des sociétés ont voulu cette œuvre par l'Association.

(1) Le projet à intervenir peut faire disparaître la plupart de ces difficultés.

(2) Notre projet ne comporte pas cet aléa.

ou 25 francs, ce qui constituerait encore une économie considérable, eu égard aux sommes demandées par les partisans de l'assurance et par la plupart des Sociétés de secours mutuels, tout aussitôt l'Association générale pourrait consacrer chaque année une somme de près de 100,000 francs au service de l'assistance en cas de maladie. Seuls, il est vrai, ceux de nos confrères *qui en auraient* un réel *besoin* recevraient, après avis de la commission administrative des Sociétés locales, les secours nécessaires. Faut-il insister encore pour faire admettre que ceux-là seuls sont vraiment dignes de notre sollicitude ?

Malheureusement, à diverses reprises déjà l'élévation du taux annuel de la cotisation a été refusée par la majorité de nos collègues. Aujourd'hui encore, si j'en crois l'esprit sinon la lettre des délibérations que j'ai sous les yeux, une tentative faite dans ce sens risquerait de rencontrer peu d'écho au sein des Sociétés locales. Ce serait la seule, toutefois, qui permettrait, sans aucune modification à nos statuts, de répondre dans la limite du possible, aux vœux qui nous ont été exprimés (1).

Si, comme votre Conseil général le craint, vous n'étiez point *unanimes* à accepter l'élévation du aux annuel de la cotisation, une autre solution du problème que vous nous avez chargés de résoudre serait soumise à vos méditations. Il conviendrait dès lors, en effet, de discuter les statuts qu'ont proposés la Société de l'Oise et plusieurs autres Sociétés locales. Une cotisation supplémentaire *et facultative* serait demandée à tous les médecins désireux de participer aux indemnités accordées en cas de maladie. Cette cotisation serait de 4 fr. par mois pour ceux qui voudraient toucher 10 fr. d'indemnité journalière ; de 2 fr. pour ceux qui ne prétendraient qu'à une indemnité de 5 fr. Il faudrait bien préciser durant combien de mois l'indemnité serait accordée sans réduction aucune, et fixer le taux de la subvention à laquelle auraient droit les malades atteints d'une affection chronique. Il conviendrait, pour ne pas écarter d'emblée d'une association entre médecins ceux qui auraient quelque velléité de s'inscrire au nombre des adhérents de la Société nouvelle, de rendre moins blessantset moins sujets à controverse quelques-uns des articles des statuts provisoires qui nous ont été communiqués (2). Si les Sociétés locales qui ont déjà fondé des Caisses d'assurances contre la maladie arrivaient à se mettre d'accord sur ces divers points ; si d'autres Sociétés adoptaient leurs statuts, il faudrait encore qu'une caisse centrale pût être établie dans le but de répartir entre les Associations locales qui en auraient besoin les fonds momentanément disponibles.

Il deviendrait donc indispensable de bien préciser dans quelles circonstances il faudrait nécessairement venir à l'aide des Sociétés qui ne comptent qu'un petit nombre de membres participants ; de celles dont les adhérents seraient trop âgés pour échapper à la moyenne des risques de maladie, de celles enfin qui, par suite d'une épidémie locale ou d'une cause accidentelle quelconque, n'auraient pas de ressources suffisantes. Alors seulement que toutes ces questions préliminaires auront été résolues, il sera possible de songer à la constitution d'une *Société civile* analogue à la Société des gens de lettres et permettant, par conséquent, la fédération des Sociétés locales. Je dis *Société civile*, car je puis affirmer que, constituée d'après les principes qui servent de base au fonctionnement des Sociétés de secours mutuels, une caisse d'assurance contre la maladie ne pourrait jamais, une enquête sérieuse m'en a donné la preuve certaine, être fondée par l'Association générale et directement annexée à la Caisse des pensions viagères. C'est donc une nouvelle Société qu'il s'agirait de fonder entre les membres de l'Association. Pour que celle-ci ait quelques chances de vitalité, il paraît indispensable qu'elle compte, dès ses débuts, un assez grand nombre d'adhérents. Ceux-ci pourront-ils être recrutés, si l'on tient compte des réserves faites à cet égard par les *quatorze* Sociétés qui se refusent formellement à admettre le principe même de l'assurance contre la maladie, et par toutes celles qui, n'ayant pas voulu répondre aux questions qui leur étaient posées, ont ainsi affirmé leur intention bien arrêtée de ne pas accepter l'élévation du taux annuel des cotisations ? Il ne m'appartient pas de répondre à cette question.

Désireux, avant tout et surtout, de montrer avec quel empressement il défère aux vœux qui lui sont exprimés, votre Conseil général a étudié dans tous ses détails une question dont il n'a jamais méconnu l'intérêt. Il espère vous avoir mis à même d'en envisager de nouveau toutes les difficultés pratiques. Mais il croit devoir se borner à vous soumettre les conclusions suivantes :

L'assemblée générale de l'Association des médecins de France,

Considérant que les Sociétés locales diffèrent d'opinion au sujet des voies et moyens qui permettraient d'étendre et de développer l'œuvre d'assistance confraternelle prévue par les articles 6 et 7 de ses statuts ;

Qu'un grand nombre d'entre elles refusent formellement d'accepter la création d'une caisse d'assurance mutuelle contre la maladie ;

Que l'élévation du taux de la cotisation annuelle, ou l'établissement d'une cotisation spéciale et facultative s'imposeraient nécessairement à tous ceux qui voudraient obtenir une indemnité en cas de maladie ;

Que l'on ne pourrait, sans leur assentiment formel et unanime, exiger de tous les membres de l'Association cette cotisation nouvelle ;

Qu'à une très forte majorité les Sociétés locales se sont refusées à admettre qu'une modification quelconque soit apportée aux statuts actuels de l'Association ;

Qu'elles s'opposent également à toute mesure qui pourrait avoir pour résultat d'entraver le fonctionnement régulier des œuvres dont l'Association a pu jusqu'à ce jour assurer la prospérité et le développement progressif ;

Après avoir pris connaissance des conclusions adoptées dans les dernières assemblées des Sociétés locales ;

Déclare qu'il lui paraît *actuellement* impossible de voter une résolution quelconque rendant pratiques et immédiatement applicables les vœux relatifs à l'assurance mutuelle contre la maladie ou à la création d'une caisse spéciale destiné

(1) Jamais, à notre connaissance, on n'a demandé l'élévation de la cotisation dans un but déterminé et en en faisant ressortir les avantages pour les sociétaires.

(2) Rien de plus facile.

à assurer une indemnité de droit en cas de maladie.

Un membre demande l'ajournement de la discussion sur ce rapport, afin que les Sociétés locales aient le temps d'étudier le travail du rapporteur.

Plusieurs membres estiment qu'il ne doit pas y avoir ajournement, mais que la question doit être laissée à l'ordre du jour, afin qu'on ne soit pas obligé de suivre à nouveau la procédure ordinaire, qui consiste à porter un vœu devant l'assemblée générale, qui le prend en considération et le renvoie à l'assemblée suivante. On aurait alors deux ans à attendre avant que la question revînt en discussion.

M. *Lereboullet.* — La commission n'est pas opposée à cette proposition et soumet à votre approbation la résolution suivante :

« L'assemblée générale approuve les conclusions du rapport ; elle estime que la solution de la question exige un examen minutieux et approfondi, et renvoie ce rapport aux Sociétés locales qui, lorsqu'elles se seront mises d'accord pour accepter l'un quelconque des projets qui y sont analysés, en feront part au conseil, qui le soumettra de nouveau à la discussion de l'assemblée générale. »

M. *Pitres* (de Bordeaux). — Les conclusions du rapport de M. Lereboullet ne semblent guère s'accorder avec les prémisses. Après avoir, tout d'abord, démontré qu'il y a un grand mouvement en faveur de l'idée de la mutualité ayant pour but de donner aux médecins une indemnité en cas de maladie, et, après avoir indiqué qu'il y a déjà des Sociétés de ce genre qui fonctionnent avec succès, au lieu de chercher, sous une forme concrète, un projet qui pourrait réaliser les espérances du plus grand nombre de collègues, M. le rapporteur arrive à dire qu'actuellement il n'est pas possible de donner une solution pratique, et il propose de renvoyer à un avenir très lointain la solution de la question.

Mes collègues de la Gironde et moi sommes d'avis que l'exposé du projet n'a pas été compris aussi bien qu'il aurait pu l'être par les diverses sociétés locales. Beaucoup, en effet, ont cru qu'il s'agissait d'une transformation de l'Association générale, qui allait devenir une sorte de banque faisant des assurances sur la vie, et elles n'ont rien voulu changer à ce qui existe.

D'autres ont pensé qu'on allait immédiatement élever le prix de la cotisation, et, comme bon nombre de médecins des campagnes seraient obligés de faire de nouveaux sacrifices pour répondre à cette nouvelle organisation, elles ont refusé d'adhérer au projet.

Nous demandons donc que la question soit encore une fois soumise aux Sociétés locales, sous une forme plus précise. On pourrait, à cet effet, prendre dans le projet de la Gironde, par exemple, les conclusions suivantes :

1° La caisse de secours contre les maladies doit être fondée par les membres de l'Association ;

2° Tous les membres de l'Association ne sont pas obligés de participer à la formation de cette caisse de secours ;

3° La caisse de l'assurance contre la maladie est indépendante de la caisse de l'Association.

On verra ainsi qu'il s'agit d'une organisation tout à fait spéciale, et qu'on pourra s'assurer contre la maladie, de la même façon qu'on s'assure contre l'incendie. On verra aussi que si cette nouvelle organisation ne réussissait pas, l'Association ne serait en rien entraînée à un désastre, puisque les deux caisses resteraient tout à fait distinctes.

La loi, du reste, ne permettrait pas l'association directe d'une nouvelle Société à la première.

Il serait toutefois nécessaire et équitable que l'Association générale eût dans cette société un rôle de patronage plus que moral, je dirais même effectif. En effet, elle pourrait, surtout en ce qui concerne les Sociétés locales composées d'un petit nombre de membres, mettre à leur disposition une certaine somme pour aider son fonctionnement. (Exclamations de la part de plusieurs membres du bureau.)

Le but de cette Société serait de secourir une grande partie des membres qui reçoivent actuellement des pensions de l'Association générale, ce qui allégerait d'autant le budget de cette dernière.

En résumé, au nom de la Société de la Gironde, je demande que la question reste à l'ordre du jour pour continuation d'études et d'informations.

M. *Cousyn* (de Lorient). — Le rapport dit qu'en doublant la cotisation, on pourrait annuellement mettre à la disposition de la caisse de secours une somme de 100,000 fr. Or, je crois que la chose ne serait pas impossible, car on n'aurait à verser que 2 fr. par mois, ce qui serait, à peu de chose près, l'équivalent de la somme mensuelle versée, dans le Morbihan, par les membres des Sociétés ouvrières de secours mutuels.

M. *Lereboullet.* — Le fait est exact, mais il doit être bien entendu que ce serait pour faire de l'assistance et non de l'assurance contre la maladie. Dans tous les cas, je ne crois pas qu'il faille discuter dès aujourd'hui la question de l'élévation de la cotisation.

M. *Brouardel.* — L'état actuel de la question laisse encore quelques points obscurs. On peut, il me semble, considérer la première phase de l'affaire comme résolue : on a aujourd'hui, sous les yeux, avec le rapport de M. Lereboullet, les divers systèmes proposés ; il ne reste plus aux Sociétés locales, auxquelles ce rapport sera adressé, qu'à les étudier et à choisir celui qui aura leur préférence.

La question pourra alors revenir plus simplifiée devant l'assemblée générale ; en attendant, elle reste à l'étude pour être plus complètement mûrie.

M. *Rouyer.* — Pour faciliter cette étude, il serait bon de dresser un questionnaire clair et précis, auquel devront répondre toutes les Sociétés locales.

M. *le trésorier.* — Ce questionnaire est inutile, puisque les Sociétés recevront le rapport de M. Lereboullet.

M. *Cézilly* (de Paris). — J'estime que le Conseil général devrait prendre en main la cause de l'assurance en cas de maladie. A cet effet, je demande qu'il soit nommé une commission, et que tous les médecins qui se sont particulièrement occupés de la question soient appelés, à titre consultatif, devant cette commission. Celle-ci dresserait ensuite un projet ferme, sur lequel les Sociétés locales seraient ultérieurement appelées à se prononcer.

M. *Lereboullet.* — Il me semble que la chose a été déjà faite, car j'ai tenu à m'éclairer en prenant l'avis de ceux de nos confrères, entre autres

de M. Cézilly, qui ont une compétence spéciale en la matière.

M. *Lande.* — M. Lereboullet fait une confusion en nous engageant à étudier de nouveau cette question ; c'est, au contraire, au Conseil général à servir de trait d'union entre les diverses Sociétés locales ; c'est lui qui doit se prononcer après nous avoir demandé notre avis. Vous renversez les rôles, c'est nous qui vous demandons de nous présenter un projet ferme. Vous nous avez posé des questions un peu vagues ; vous répétez même ici, à chaque instant, ce mot d'élévation de la cotisation, donnant ainsi prétexte à une confusion regrettable. Or, la majorité des Sociétés locales vous ont dit qu'elles voulaient une caisse spéciale, à laquelle elles s'assureraient contre la maladie, comme on s'assure contre la grêle ou l'incendie.

La cotisation a un but spécial, c'est de soutenir notre caisse de pensions ; il ne faut donc pas y toucher. C'est une œuvre nouvelle que nous voulons créer, et il suffira aux Sociétés locales de répondre par oui ou par non si elles veulent participer à cette œuvre.

Je partage un peu l'opinion de M. Cézilly : je serais d'avis qu'une commission fût nommée et qu'elle appelât à Paris, pendant quelques jours, les médecins qui se sont spécialement occupés de la question ou qui ont formulé un projet, quelle qu'en soit l'importance. Ils pourront discuter en toute connaissance de cause ou donneront tout au moins des arguments en faveur de leur projet. Cette commission arrivera, de cette façon, à s'entendre et nous apportera un nouveau projet de création de caisse d'indemnité en cas de maladie, projet qu'elle soumettra à l'appréciation de chaque membre de l'Association.

Nous discuterons ainsi en assemblée générale, des propositions claires et précises que nous connaîtrons bien et que nous pourrons adopter ou rejeter après les avoir étudiées avec soin. (Applaudissements.)

M. *Lereboullet.* — Si j'ai parlé de l'élévation de la cotisation, ce n'est pas par suite d'une confusion ; j'ai voulu, au contraire, faire une distinction précise entre les deux questions. L'une concerne l'assistance aux médecins en cas de besoin, l'autre une assurance contre la maladie. Or, une caisse d'assurance contre la maladie ne présente pas les mêmes garanties qu'une caisse d'assurance contre l'incendie ou sur la vie ; elle présente beaucoup plus de risques. Les Compagnies d'assurances que j'ai consultées m'ont déclaré qu'elles avaient eu assez à faire avec les accidents et qu'elles ne s'occuperaient jamais du risque maladie (1).

Si les médecins veulent s'occuper de faire une Société financière, l'Association générale ne peut pas prendre en main la création d'une pareille Société. (Bruit.) Vous auriez beau ne pas toucher à sa caisse, son autorité morale serait compromise si la Société financière venait à sombrer et se trouvait exposée à des procès en revendication. En un mot, le conseil me donne la mission de vous dire qu'il ne se charge pas de constituer une Société financière contre la maladie. (Exclamations prolongées ; nombreuses marques de désapprobation.)

(1) Nous répondons que nous n'avons pas encore exposé le mécanisme, bien simple, qui supprime toutes les objections de M. Lereboullet.

M. *Lande.* — Vous préjugez la question, vous ne savez pas encore ce que dira la commission. (Marques d'assentiment.)

M. *le président.* — Je mets aux voix la clôture de la discussion.

De tous côtés. — Nous voulons nommer une commission.

M. *le président.* — Je mets aux voix la clôture.

M. *Cézilly.* — Je demande la parole contre la clôture.

M. *le président.* — Le vote est acquis. (Bruit.) Du reste, vous avez déjà eu la parole (1).

M. *Cézilly.* — Je vous demande pardon, personne n'a voté. Vous ne pouvez pas me refuser la parole en cette circonstance.

M. *le président.* — Par une infraction au règlement, je vous donne la parole.

M. *Cézilly.* — C'est sans infraction au règlement que je veux prendre la parole ; je déclare que c'est mon droit absolu.

M. *le président.* — Avec ou sans infraction, je vous donne la parole.

M. *Cézilly.* — C'est en vertu du droit que confère le règlement à chaque membre de l'Association, que je prends la parole.

Je demande à M. le président de vouloir bien soumettre au vote de l'assemblée la nomination d'une commission formée parmi les membres du Conseil général, devant laquelle seront appelés, à titre consultatif, tous les médecins qui se sont particulièrement occupés de la question.

(Cette proposition, mise aux voix, est adoptée). A la contre-épreuve, 4 voix seulement repoussent la proposition Cézilly.

La séance est levée et la trente et unième assemblée générale est close.

Projet de loi sur l'assistance médicale gratuite adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique dans sa session de février 1890 (2).

TITRE I.

Organisation de l'assistance médicale.

Article 1er. — Tout français indigent malade reçoit gratuitement, de la commune ou du département où il a son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou, s'il ne peut être utilement soigné à domicile, dans un hôpital.

La commune ou le département peut toujours exercer son recours, s'il y a lieu, notamment contre les membres de la famille de l'indigent, désignés par les articles 205, 206, 208 et 212 du Code civil.

(1) Nous faisons observer à M. le *Président* que, sociétaire depuis 31 ans, c'est pour la première fois que nous élevons la voix dans les Assemblées générales et que son observation est excessive !!

(2) Divers Syndicats nous ont demandé de reproduire les délibérations du *Conseil supérieur de l'Assistance médicale.* Puisque nous avons donné un développement inusité au compte rendu de l'Association générale, nous jugeons utile de donner dans le même numéro ce qui a trait à l'*Assistance.*

Aucune question n'engage autant l'avenir de la profession médicale ; elle l'engage bien plus que toutes les lois de *Revision. Syndicats et Associations* médicales devront défendre avec énergie la situation du médecin, tout en prêtant au gouvernement, à la Société leur appui, à la condition que nos intérêts soient sauvegardés dans une légitime mesure. A. C.

Art. 2. — Il est organisé, dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les indigents malades.

Art. 3. — Toute commune (ou syndicat de communes) est pourvue d'un dispensaire où ne sont données que des consultations externes, et rattachée à une infirmerie et à un hôpital général.

Dans le cas où un malade ne peut pas, pour quelque cause que ce soit, être utilement soigné à domicile, le médecin du dispensaire délivre un certificat dans lequel il indique si c'est à l'infirmerie ou à l'hôpital que le malade doit être envoyé.

L'infirmerie ou l'hôpital ne pourra réclamer du service le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat délivré par le médecin du dispensaire.

Art. 4. — Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, comprenant la détermination de l'infirmerie et de l'hôpital général auxquels sont rattachés chaque commune ou syndicat de communes ;

2° Sur la part de la dépense de ce service laissée à la charge des communes et sur les bases du concours financier incombant, envers chacune d'elles, au département.

Art. 5. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu en conseil d'État.

Art. 6. — Les contestations relatives à l'exécution, soit de la délibération du conseil général, soit du décret rendu en vertu de l'article 5 de la présente loi, sont portées devant le conseil de préfecture du département où l'indigent malade a son domicile de secours et, en cas d'appel, devant le conseil d'État.

TITRE II

Art. 7. — Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par la filiation. Les enfants légitimes ont le domicile de secours de leur père. Si la mère survit au père, ils ont le domicile de la mère ; s'ils sont orphelins, le domicile du survivant. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, les enfants légitimes partagent le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de leur éducation. Les enfants naturels non reconnus ont le domicile de secours de leur mère ; les enfants naturels reconnus ont le domicile de secours de celui de leurs parents qui les a reconnus ; du père, s'il est vivant, de la mère, si le père est mort.

Le domicile de secours des enfants trouvés et abandonnés sera réglé par uno loi spéciale.

2° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves et les femmes divorcées conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage.

3° Par une résidence habituelle de deux ans consécutifs, postérieurement à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 8. — Le domicile de secours se perd :

1° Par l'acquisition d'un autre domicile ;

2° Par une absence ininterrompue de deux ans, postérieurement à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 9. — Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix du séjour, le délai de deux ans ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 10. — Le domicile de secours est, sauf l'exception prévue à l'article 13, communal, chaque commune étant tenue d'assurer l'assistance médicale aux indigents malades qui y ont leur domicile de secours.

En cas d'insuffisance des ressources des fondations et du budget municipal, les départements sont tenus de contribuer aux dépenses occasionnées aux communes par la présente loi dans une proportion qui ne pourra être supérieure à 90 p. 100.

Art. 11. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale incombe à la commune où s'est produit l'accident ou la maladie.

L'admission aux secours est prononcée par le maire.

Art. 12. — Lorsque les soins ont été donnés pendant plus de cinq jours, la commune qui a fourni l'assistance médicale ou l'établissement hospitalier qui a reçu le malade ou la victime de l'accident, en exécution de l'article 1er de la loi du 1er avril 1851, peut, pour le temps qui a passé ces cinq jours, exercer un recours contre la commune dans laquelle le malade ou la victime de l'accident est inscrit sur la liste prévue à l'article 16 ci-après.

L'inscription sur cette liste continue à valoir pendant deux ans au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation de recevoir l'assistance médicale gratuite.

Art. 13. — A défaut de domicile de secours communal, le département est tenu d'assurer l'assistance médicale aux malades privés de ressources qui y ont leur domicile de secours.

Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un domicile de secours communal.

TITRE III

Bureau d'assistance et liste des indigents.

Art. 14. — Dans chaque commune ou syndicat de communes, un bureau d'assistance publique assure le service de l'assistance médicale. La commission administrative du bureau d'assistance publique est composée des membres des commissions administratives des bureaux de bienfaisance et des hospices, compris dans le ressort du bureau d'assistance.

A défaut de tout bureau de bienfaisance ou hospice, la commission administrative du bureau d'assistance est régie, en ce qui concerne son organisation, par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5) modifiée par la loi du 5 août 1879.

Art. 15. — A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance représente les indigents de la commune ou du syndicat de communes, en ce qui touche l'assistance médicale ; il peut recevoir des dons et legs.

Le maire, président du bureau d'assistance, a le droit, dans le cas prévu par le paragraphe ci-dessus, d'accepter, à titre conservatoire, ces libé-

ralités et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du Président de la République ou l'arrêté du préfet, qui interviennent ultérieurement, ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent à cet effet.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Art. 16. — La commission administrative du bureau d'assistance publique, sur la convocation du maire, se réunit quatre fois par an, un mois avant chaque session ordinaire du conseil municipal, à l'effet de dresser la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale.

Le médecin de l'assistance médicale, ou un délégué des médecins de l'assistance médicale, le percepteur et un des répartiteurs désigné par le sous-préfet assistent à la séance avec voix consultative.

Art. 17. — La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Art. 18. — La liste est arrêtée par le conseil municipal qui délibère en comité secret ; elle est déposée au secrétariat de la commune. Le maire donne avis du dépôt, par affiches, aux lieux accoutumés.

Art. 19. — Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au conseil de préfecture qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art. 20. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les demandes en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout contribuable de la commune, mais nul n'est recevable à réclamer sa propre inscription, celle de son conjoint, ni celle de ses ascendants ou descendants, de ses frères et sœurs ou alliés au même degré.

Art. 21. — Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement ou de son délégué, du conseiller général ou à son défaut d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission.

Art. 22. — Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 23. — En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut, sous l'approbation du maire, admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 16 de la présente loi, des malades non inscrits sur la liste.

Art. 24. — Le préfet prononce l'admission, sauf recours au ministre de l'intérieur, aux secours de l'assistance médicale des indigents malades dépourvus d'un domicile de secours communal, mais possédant le domicile départemental.

Le préfet est tenu d'adresser à la commission départementale, au commencement de chaque mois, l'état nominatif des indigents ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV

Secours hospitaliers.

Art. 25. — Les conditions et le prix du traitement des indigents malades placés dans les hôpitaux généraux ou les infirmeries aux frais des communes ou du département sont réglés par arrêté du préfet sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département.

Art. 26. — En cas de réclamation par les commissions administratives dans les deux mois de la notification de l'arrêté préfectoral, les conditions et le prix du traitement des indigents malades sont réglés par décret.

Art. 27. — Les contestations relatives à l'exécution soit de l'arrêté préfectoral, soit du décret rendu en cas de réclamation, sont portées devant le conseil de préfecture du département où est situé l'hôpital et, en cas d'appel, devant le conseil d'Etat.

Art. 28. — Dans tous les cas, les droits résultant d'actes de fondation ou des édits d'union restent et demeurent réservés.

TITRE V

Dépenses, voies et moyens.

Art. 29. — Les dépenses du service de l'assistance médicale comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades soignés dans les infirmeries et hôpitaux.

Art. 30. — Les dépenses du service de l'assistance médicale sont payées sur :

1° Le produit des fondations, dons et legs spéciaux faits aux départements, aux communes et aux établissements publics de bienfaisance au profit de l'assistance médicale ;

2° Le produit des taxes et recettes prévues aux articles 31, 32 et 33 ;

3° Le budget communal ;

4° La subvention du département dans les proportions que détermine le conseil général en exécution de l'article 4 de la présente loi ;

5° La subvention de l'Etat aux départements dont la situation l'exige, dans les limites du crédit ouvert, chaque année, à cet effet par la loi, de finances qui opère la répartition de la subvention entre ces départements, sous déduction d'un fonds de réserve destiné tant au remboursement des dépenses occasionnées par les indigents sans domicile de secours qu'à des secours exceptionnels et aux frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

Art. 31. — Les dépenses résultant, pour la commune et le département, de l'application de la présente loi, sont des dépenses obligatoires.

Les départements et les communes sont autorisés à cet effet à voter, en sus du nombre de centimes additionnels fixés par la loi de finances, des centimes additionnels aux contributions directes, ou des surtaxes sur les alcools dans la mesure nécessitée par l'application de la présente loi.

TITRE VI

Dispositions générales.

ART. 32. — Les bureaux de bienfaisance et les hospices possédant, en vertu d'actes de fondation, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu.

ART. 33. — Dans les communes où il n'existe pas de bureau de bienfaisance ni d'hospice, les taxes et produits divers autorisés par les lois et règlements spéciaux au profit de ces établissements publics seront perçus pour le compte et par les soins du bureau d'assistance médicale.

ART. 34. — Toutes les recettes du bureau d'assistance pour lesquelles les lois et règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrement, s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires sommaires et le bureau peut y défendre sans autorisation du conseil de préfecture.

ART. 35. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale sont dispensés du timbre et enregistrés gratis, lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement.

ART. 36. — Les pourvois devant le conseil d'Etat, dans les cas prévus par les articles 6 et 28 de la présente loi, sont dispensés du ministère de l'avocat.

ART. 37. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs indigents malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

RÉUNION DES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES DES BUREAUX DE BIENFAISANCE ET DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS.

Conclusions approuvées par le Conseil supérieur de l'Assistance publique dans sa session de février 1890.

1° Inviter les maires à réunir deux fois par an au moins, et plus souvent s'ils le jugent utile, les deux commissions en assemblée plénière, ou leurs délégations, à l'effet d'étudier les améliorations à apporter dans les services d'assistance. Les comptes rendus de ces séances seraient transmis au ministère de l'intérieur.

2° Introduire dans les commissions des membres communs.

3° Lorsque la mesure répondra aux vœux des conseils municipaux et des commissions charitables, composer les deux commissions des mêmes éléments en augmentant, s'il y a lieu, le nombre de leurs membres.

4° Modifier la législation de manière à permettre de réunir, lorsqu'il y aura lieu et sur l'avis conforme du conseil municipal et des commissions intéressées, les deux administrations sous la direction d'une commission unique, les patrimoines des établissements demeurant distincts et les ressources qui en proviennent continuant à être employées conformément aux dispositions de leurs constitutions.

5° Dans les communes où il n'existe ni établissement hospitalier ni bureau de bienfaisance, créer un bureau d'assistance qui réunira dans ses mains tous les services d'assistance publique.

6° Le conseil estime que les inspecteurs départementaux dont il a demandé la création dans sa précédente session, contribueront très utilement à l'efficacité et au succès des mesures qui viennent d'être recommandées et qu'ils sont pour ainsi dire indispensables pour en poursuivre et en assurer l'application. Il émet, en conséquence, le vœu que ce service soit organisé le plus tôt possible.

LA SEMAINE MÉDICALE

Folie du doute simulant la crampe des écrivains.

M. *Séglas* a observé récemment à la Salpêtrière un malade atteint de folie du doute, chez lequel l'affection revêt un caractère spécial. On aurait, en effet, pu croire tout d'abord qu'il s'agissait d'un cas de crampe des écrivains. Le malade vint consulter pour une grande difficulté à écrire; dès les premiers mots il ressentait, disait-il, dans les doigts, la main et même l'avant-bras une douleur ou plutôt une fatigue assez prononcée.

M. Séglas le fit écrire devant lui, et dès le septième mot, le malade accusa la sensation de fatigue. Il put néanmoins écrire une page entière sans que ni spasmes, ni tremblement, ni paralysie de la main se fussent produits; il n'y avait non plus aucune modification, aucun trouble de l'écriture qui pût faire penser à la crampe des écrivains, même après le septième mot, c'est-à-dire dès le début de la sensation de fatigue.

L'examen approfondi du malade et de ses antécédents démontre en effet qu'on se trouve en présence d'un cas typique de folie du doute.

C'est un jeune homme de 19 ans, de taille moyenne, sans infirmités, assez intelligent; pas de maladie pendant son enfance, mais une grande paresse intellectuelle; il lui était impossible de fixer son attention sur un sujet tant soit peu fatigant; il apprenait donc avec beaucoup de difficulté. Jamais il n'a pu lire un livre en entier, fût-ce un roman.

Vers six ou huit ans il a des accès de terreurs sans motifs et de somnambulisme nocturne. A dix ans, premières incertitudes, premiers doutes pour les choses les plus futiles : ayant plusieurs objets à la main, il ne savait lequel poser le premier. Onanisme à quatorze ans ; plus tard, onanisme involontaire, pendant le sommeil. Dès cette époque, tristesses, ennui, palpitations, étourdissements, éblouissements ; c'est à ce moment aussi que parurent les premiers signes relatifs à l'écriture.

En janvier 1888, le malade fut pris de ce qu'il appelle « des scrupules d'argent ». Il avait toujours peur de porter préjudice à ses semblables. S'il ramassait une pomme, il ne la mangeait qu'en se faisant de vifs reproches, se croyant coupable de vol et digne de la prison. Aussi avait-il fait une liste de toutes ses dettes imaginaires, se promettant de payer plus tard. Il se tranquillisait ainsi et se débarrassait de ses scrupules; c'est ce qu'il appelait « un truc ». Un jour, se disant que tout cela était absurde, il brûla sa comptabilité et n'y pensa jamais plus. Plus tard, scrupules de manger de la viande, parce qu'elle provient d'animaux vivants. « Quoique l'homme soit supérieur aux animaux par l'intelligence, se disait-il, et quoique certains animaux dévorent les hommes, ceux-ci étant plus intelligents ne doivent pas leur rendre la pareille. » La faim avait cependant facilement raison de ses scrupules, et il mangeait sans remords de la viande à ses repas.

Il craignit aussi pendant longtemps d'avaler des microbes en respirant de peur de leur faire du mal. Il se tranquillisait alors en pensant qu'on peut bien avaler quelques microbes, puis qu'il y en a tant qui nous dévorent.

Il eut aussi très fréquemment des incertitudes, des doutes, lorsqu'il mettait une lettre à la poste, lorsqu'il fermait une porte, lorsqu'il cherchait un nom dans un répertoire, se demandant toujours s'il avait bien fait ce qu'il avait eu la volonté de faire.

Le malade n'a jamais eu d'anxiété précordiale, ni de sueurs froides, aucun signe bien marqué de l'angoisse ; il n'éprouve qu'un « ennui moral », sans doute parce qu'il évite l'angoisse au moyen de ses « trucs ».

La connaissance de ces faits facilite le diagnostic.

Les troubles de l'écriture remontent en 1884; ils ont augmenté peu à peu et prédominent aujourd'hui, d'après ce que dit le malade; il a d'abord trouvé qu'il écrivait moins bien ; pour perfectionner son écriture il essaya une foule de moyens, de manières diverses de tenir sa plume, de fixer sa main droite. Aucune n'a encore réussi. Il n'a jamais eu de crampes, de raideur dans la main, mais une fatigue indéfinissable, qui lui fait essayer sans cesse une nouvelle manière d'écrire. Jamais il n'a eu de doute sur l'orthographe des mots.

Il éprouve, avons-nous dit, un ennui moral causé par ses préoccupations continuelles. C'est qu'il a conscience de son état maladif ; il sait qu'il lui faut inventer des « trucs » pour se débarrasser de ses obsessions. Mais pour l'écriture il a besoin d'être persuadé que sa maladie n'est pas réelle.

La santé générale est parfaite ; sensibilité intacte, sens musculaire conservé ; au dynamomètre, 35 des deux côtés. Dans ses antécédents on trouve une hérédité nerveuse double ; sa mère a eu elle aussi des obsessions, mais moins fortes.

L'analyse de tous ces troubles psychiques démontre la folie du doute. La crampe des écrivains peut souvent coexister avec la folie du doute, mais ce n'est pas ici le cas. En effet, il n'y a pas de spasmes, de tremblement, pas de crampes, pas de modifications de l'écriture ; nulle hésitation quand le malade écrit sous la dictée ; car son attention est alors fixée ailleurs que sur son écriture. Dans la fatigue dont il se plaint il y a deux éléments, l'un physique, l'autre intellectuel. Le premier n'a rien qui se rapproche des douleurs de la crampe des écrivains ; il résulte probablement des changements répétés dans la manière de tenir la plume, de fixer la main, etc. ; ou bien c'est un phénomène réactionnel analogue à la faiblesse des jambes que provoque la vue d'une place chez les agoraphobes. L'élément intellectuel le plus important est l'hésitation, l'ennui éprouvé par le malade au moment d'écrire, et qui se retrouve d'ailleurs en d'autres circonstances, mais moins fort, grâce aux « trucs ». Le malade n'en a pas trouvé un pour l'écriture.

M. *Joffroy* dit avoir observé, l'an dernier, un cas absolument analogue de fausse crampe psychique : son malade était un névropathe qui, ayant vu des signes de crampe des écrivain chez un employé travaillant près de lui, vint consulter pour une douleur qu'il éprouvait dans l'avant-bras droit toutes les fois qu'il prenait un porte-plume. M. Joffroy l'ayant fait écrire devant lui constata que l'écriture était parfaite, et ne nota aucun signe de la crampe des écrivains. Il affirma alors au malade qu'il avait découvert une méthode pour guérir cette affection en quelques séances d'électricité, et le guérit ainsi, en effet, par suggestion.

REPORTAGE MÉDICAL

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle (1).

Secrétaire général	Secrétaire général adjoint
Dr H. Napias.	Dr A.-J. Martin.

Paris, le 18 avril 1890.

Cette Société a été fondée au mois de mars 1877, par un petit groupe de médecins qui décidaient d'appeler à eux les Architectes, les Ingénieurs, les Physiciens et Chimistes, les Vétérinaires, les Industriels, les Administrateurs, les représentants les plus éminents de la médecine militaire et de la médecine navale pour étudier toutes les questions de Médecine Publique, c'est-à-dire d'Hygiène Sociale.

Elle compte actuellement un *millier* de membres dont environ 800 nationaux et 200 étrangers.

Elle est administrée par un Conseil de trente membres. Le Président est renouvelé chaque année et presque toutes les Sciences ont été déjà représentées au bureau de la Société par des hommes éminents : Bouchardat, Gubler, Emile Trélat, Henri Bouley, J. Rochard, Brouardel, Wurtz, Proust, Ulysse Trélat, Gariel, L. Colin, Grancher, Th. Roussel.

Cette année le Président est M. le Dr Lagneau, le savant démographe, membre de l'Académie de Médecine.

Il n'est pas de questions d'hygiène dont la Société de Médecine Publique n'ait souvent indiqué les solutions : Assainissement des habitations et des villes, Hygiène rurale, Utilisation agricole des eaux d'égout, Hygiène hospitalière, Crémation, Hygiène des écoles et des écoliers, Maladies contagieuses et épidémiques, Questions d'hygiène industrielle et professionnelle qu'elle étudiait déjà dix ans avant la *Conférence de Berlin*, Sta-

(1) La Société se réunit en séance générale le 4e mercredi de chaque mois à 8 h. 1/2, rue Serpente, 28. — Elle est divisée en 7 Comités permanents qui ont aussi une séance mensuelle. Les séances générales sont publiques.

tistique et Démographie, etc. Toutes ces questions ont été et sont encore examinées par elle sous leurs multiples faces.

La Société de Médecine Publique a organisé les Congrès internationaux d'hygiène de Paris en 1878 et 1889. Elle a pris une part active et très importante aux Congrès de Turin, Genève, La Haye, Vienne.

En 1886 elle avait installé, à la caserne Lobau, une petite *Exposition d'Hygiène Urbaine* d'un caractère exclusivement scientifique et qui a été très remarquée.

Pour en faire partie, il faut se renseigner auprès de MM. les secrétaires ; nous sommes tout disposés à servir de parrains aux membres du Concours qui le souhaiteraient.

Vendredi dernier, au Continental, un banquet annuel réunissait un grand nombre de membres, Il était présidé par M. Lagneau, ayant à ses côtés M. *Constans*, ministre de l'intérieur, le Doyen de la Faculté de médecine, M. Carnot frère du président de la République, MM. Henri Monod, Proust, Rochard, Chauveau, Dujardin-Beaumetz, Monin, Landouzy, Championnière, Treille, Béranger-Féraud, Napias, A. J. Martin, Drouineau et une foule de notabilités de l'hygiène et de la Science Françaises.

Nous avons entendu des discours de MM. Lagneau, Constans, Brouardel, Napias. Tous ces orateurs ont eu le plus grand succès et le Ministre a donné l'assurance que, désormais, au ministère de l'intérieur resteront attachés les services de l'hygiène, de la médecine publique et que leurs directeurs seront énergiquement soutenus dans leur campagne de préservation de la santé publique.

Il était intéressant de recevoir ces assurances qui dissipent des bruits fâcheux. Elles font bien augurer des grandes mesures sociales dont la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle est l'initiatrice.

MM. *Napias* et *A. J. Martin* ont pu constater une fois encore, que la Société, aux destinées de laquelle ils président, qu'ils ont faite ce qu'elle est, sait reconnaître ce qu'elle doit à leur travail constant. Les applaudissements qu'ils ont recueillis ne sont pas les premiers ; ils se répéteront chaque année avec encore plus d'énergie.

Un juste tribut de reconnaissance a été également rendu à notre très honorable collègue le Dr *Philbert*, organisateur émérite des banquets de la Société et le fondateur du conseil général des Sociétés d'arrondissement, conseil appelé à rendre tant de services aux médecins parisiens.

M. Constans sur le ton de la causerie a prononcé un discours dont voici le passage principal :

« Je dois ici me défendre contre une accusation bien injuste, comme tant d'autres, qui a été portée contre moi : on m'a considéré comme étant hostile à l'hygiène publique. Il n'en est rien, et comme nous sommes ici assez peu nombreux pour n'avoir à redouter aucune indiscrétion, je vous demande la permission de faire devant vous ma confession tout entière. (Rires, applaudissements.)

Il est vrai qu'il y a quelque mois j'étais préoccupé d'une autre œuvre, qui pourrait d'ailleurs paraître s'en approcher quelque peu ; mais de l'hygiène médicale je ne pouvais guère avoir souci.

Ceux qui ont perdu les services de l'hygiène les regrettent ; ils souffrent d'une blessure qui n'est pas encore cicatrisée et il y eut un moment où je ne me serais pas refusé à les aider, à les cicatriser.

Je reconnais aujourd'hui que j'aurais fait une grosse faute. J'ai absolument depuis lors modifié mes opinions à ce sujet. Mieux vaut, n'est-il pas vrai, un homme qui s'est laissé convaincre que celui qui se lance vers un but qu'il ne connaît pas. (Applaudissements.)

Ce qui a décidé ma conviction, c'est la confiance sans limite que je puis avoir dans mes collaborateurs. Il n'est pas de ministère qui puisse présenter un personnel aussi précieux pour l'administration de l'hygiène publique que celui qui dépend de mon ministère, à savoir les préfets, les sous-préfets et les maires.

Nous sommes bien défendus à la frontière contre les maladies du dehors ; je ne crois pas, et c'est votre avis depuis longtemps, que nous le soyons aussi bien vis-à-vis des maladies du dedans. Nous ne possédons pas en particulier ce cadastre sanitaire que sollicite avec vous mon collaborateur Monod. Or, il n'y a qu'une catégorie de fonctionnaires qui puissent l'établir, à savoir ceux qui dépendent de mon administration et qui sont dignes de toute ma sollicitude. »

Syndicat de Versailles. — Nous avons été invité, ces jours derniers, à la séance du *Syndicat de Versailles*, qui s'est réuni, sous la présidence de notre très aimé confrère le Dr *de Fourmestreaux*, chez Lemardelay. A la séance, les législateurs qui avaient été conviés, ont étudié avec nos confrères des questions très intéressantes d'organisation médicale en Seine-et-Oise.

Nos lecteurs verront, par le compte rendu que doit nous adresser notre excellent confrère, *Jeanne* (de *Meulan*), combien tous les syndicats seraient bien inspirés de suivre l'exemple des syndicats de *Pontoise* et de *Versailles*. Leurs séances nous préparent des soutiens, des appuis, tant auprès des Conseils généraux que des Chambres. Merci à nos confrères.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le docteur Leuillieux, de Paris, présenté par M. le docteur Wurtz, de Compiègne.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

La syphilis à travers les âges, par le Dr F. Buret, In-16 de 300 pages environ. Prix : 3 fr. 50. — *Extrait du Sommaire :* Symptômes fondamentaux de la Syphilis ; signes auxquels on peut la reconnaître ; Les affections vénériennes envisagées aux différents points de vue médical, littéraire, historique et anecdotique, chez tous les peuples de l'antiquité ; La Syphilis étudiée dans ses rapports avec la prostitution et les aberrations du sens génésique depuis la création du monde ; Les monstruosités de la débauche dans l'empire romain : Conséquences pathologiques. Traitement rationnel de la Syphilis. 20 % de remise.

Essai sur les origines de la Méditerranée. Nouvelle Méthode de Géographie et de Cartographie, par le commandant Boulangier, ancien Elève de l'Ecole Polytechnique. Un volume de 250 pages in-8° carré : 10 fr. Envoi franco par la poste contre un mandat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 18 3 Mai 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le choléra infantile.

M. *Lesage*, qui a déjà fait avec M. Hayem d'intéressantes recherches sur la cause microbienne de certaines diarrhées vertes et leur traitement par l'acide lactique, vient de communiquer à l'Académie des travaux sur la nature du choléra infantile. Il rappelle que les opinions des médecins sont très discordantes sur cette question. Les uns, comme Baginsky, l'attribuent à une intoxication par l'ammoniaque résultant de fermentations intestinales; d'autres, avec Vaughan, accusent la présence dans le lait, avant qu'il n'ait été ingéré, d'une substance toxique issue de sa décomposition, le tyrotoxicon. Henoch admet hypothétiquement une origine microbienne. Or M. Lesage a trouvé dans l'intestin grêle des enfants ayant succombé au choléra infantile un microbe qu'il a isolé, cultivé et dont il a fixél es principaux caractères biologiques.

Dans certaines conditions de culture, ce microbe produit une substance alcaline à odeur d'aubépine que l'on rencontre aussi dans l'intestin grêle des enfants ; d'où cette idée que la maladie relève d'une intoxication par cette substance alcaline. Ce microbe reproduit chez les animaux le choléra expérimental. M. Lesage l'a trouvé aussi dans certains cas de choléra nostras.

Action physiologique de la noix de Kola.

M. *Hœckel* (de Marseille), répondant à l'opinion émise par M. G. Sée, d'après laquelle la caféine est le seul principe actif du café, de la Kola et du thé, a signalé la persistance dans la noix de Kola après l'extraction de la caféine d'une substance complexe, appelée rouge de Kola, dans laquelle entrent notamment des alcaloïdes, du tannin, ce qui pourrait bien être le principal agent de l'excitabilité surnutritive musculaire. On sait que les nègres de l'Afrique tropicale peuvent franchir en plein soleil 80 kilomètres par jour en mâchant une seule graine de Kola fraîche. Des officiers en France ont pu faire des ascensions très fatigantes et des marches forcées sans autre soutien que des doses de poudre de Kola qui ne contenaient que 12 et 15 centigrammes de caféine. D'ailleurs la graine de Kola fraîche, dont l'emploi est impossible en France, est beaucoup plus efficace que sèche ; parce que dans le premier cas elle contient une huile essentielle très active comme excitant du système nerveux et en particulier de l'appareil génital. Les nègres, qui chiquent ou mâchent sans l'avaler la noix fraîche, avalent cette huile essentielle, et rejettent le rouge de Kola avec la trame végétale de la noix. Non seulement la Kola produit une suractivité nutritive des muscles, mais elle fait disparaître l'essoufflement pendant la marche, aussi a-t-elle été adoptée par les membres du club alpin français pour les ascensions. M. Hœckel cherche à faire admettre officiellement l'introduction de la Kola dans l'alimentation du soldat en marche et en campagne.

M. Léon Colin, président du comité technique de santé de l'armée, a répondu à M. Hœckel que l'on expérimentait en ce moment la caféine, au même point de vue. Il faudra attendre, pour faire essayer scientifiquement la Kola par les soldats, qu'on en ait parfaitement isolé le principe actif sous une forme définie comparable aux alcaloïdes végétaux.

La discussion a reparu dans trois séances de l'Académie, sans être éclaircie.

Les pulvérisations antiseptiques éthérées de sublimé pour les pustules varioliques.

M. *Talamon* déclare que, de toutes les médications internes employées jusqu'ici dans la variole : acide phénique, acide salicylique, médication éthéro-opiacée de Ducastel, etc., aucune n'est véritablement efficace. Il a essayé le salol à la dose de 6 à 8 grammes par jour ; mais cet essai a été malheureux, car il n'a obtenu aucun effet, sauf que les cas de mort ont été plus fréquents. Avec la quinine la mortalité a été de 23 %, elle a été de 12 % seulement sans aucune médication interne. Devant des résultats si peu satisfaisants, M. Talamon s'est

borné à soutenir les forces des malades ; il a ordonné l'alcool à haute dose, 100 à 200 gr. par jour dans un litre d'eau. Toutes les fois que, suivant les formes, il a ajouté de la quinine, de l'opium, de l'acétate d'ammoniaque, de l'ergotine (3 à 4 gr.), du tannin, de l'iodoforme, etc., etc., il n'a obtenu aucun bon résultat.

La pustule est produite par le virus propre à la variole, puis plus tard, lorsque cette pustule a suppuré, on y retrouve les microbes pyogènes ordinaires. Ces agents proviennent-ils de l'extérieur ou de l'intérieur ? La question est difficile à résoudre, mais il y a lieu de penser que les agents extérieurs jouent un grand rôle dans la purulence des pustules. Il y a donc indication de traiter antiseptiquement celles-ci. C'est le traitement abortif, qui n'est d'ailleurs pas nouveau, mais que M. Talamon a modifié en employant des pulvérisations antiseptiques éthérées. La pulvérisation éthérée répand mieux, et fait pénétrer plus profondément la substance active. On peut se servir de l'appareil ordinaire de Richardson.

M. Talamon a essayé le tannin, l'iodoforme, le salol et le sublimé.

La pulvérisation éthérée de tannin (1 partie de tannin pour 10 d'éther, 10 d'alcool et 10 d'eau) n'a pas donné de bons résultats ; il se forme un vernis qui comprime les pustules et provoque des douleurs.

La pulvérisation d'iodoforme (1 d'iodoforme pour 5 d'éther) a donné des résultats satisfaisants. La solution de salol (mêmes proportions) est cependant préférable : les douleurs se calment, le gonflement disparaît, les pustules s'affaissent ; l'odeur est en outre très agréable. Mais ces bons effets ne se montrent que dans les cas de variole légère. Pour les cas plus graves, M. Talamon a employé la préparation suivante :

Sublimé........................	ââ 1 gramme.
Acide citrique ou tartrique....	
Alcool à 90°..................	5 cm. c.
Éther........................	Q. s. pour 57 cm. c.

On doit faire deux ou trois pulvérisations par jour. Quant à la durée de chacune, on doit la fixer par tâtonnements ; il faut s'arrêter quand la surface des pustules se couvre d'une légère couche blanche. Trop prolongées, les pulvérisations produiraient des phlyctènes. On ne doit pas ordinairement dépasser 1 minute.

Il faut avoir soin de protéger les yeux, chaque fois, au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution boriquée. Après la pulvérisation, M. Talamon badigeonnait avec du glycérolé au sublimé au 15e pour tenir constamment la peau sous une couche antiseptique. Vers le 6e ou 7e jour il cessait les pulvérisations et continuait le badigeonnage. Les yeux étaient fréquemment lavés à l'eau boriquée et des gargarismes antiseptiques pour la gorge étaient prescrits. Dans quelques cas M. Talamon a donné des bains de sublimé, surtout dans les formes graves, mais n'a obtenu que peu d'effets.

Dans les formes confluentes primitives et hémorrhagiques, le traitement externe n'a d'ailleurs pas eu de grands résultats. Dans les formes moyennes, au contraire, les vésico-pustules sont arrêtées dans leur développement ; si la suppuration est déjà commencée, la pustule se limite en profondeur, se flétrit. La desquamation se fait par de larges plaques et commence dès le 6e ou 7e jour.

Parmi les traces que laisse ordinairement la variole, les unes disparaissent en cinq ou six mois, les autres sont indélébiles. Celles-ci sont ponctuées, en cupule, ou vermiculaires. Avec les pulvérisatons éthérées les cicatrices ne se produisent pas, ou bien elles sont très légères ; après la desquamation la peau reprend son aspect normal ; tout au plus voit-on quelques ponctuations, rarement quelques cupules, jamais de cicatrices vermiculaires.

En outre, l'influence des pulvérisations sur la mortalité a été considérable, du moins dans les formes moyennes, car le traitement externe n'a

---

FEUILLETON

Sur les bancs des écoles (1).

(Suite.)

IV

C'est ici le lieu de parler du *surmenage*, mais tout a été dit sur ces *écoles-serres* destinées (pour la plus grande gloire et l'avancement de l'instituteur) à cultiver le savant *primeur*.

« Myopies, troubles digestifs par flexion du corps pendant la période digestive, déformations rachidiennes et thoraciques, affections cérébrales congestives, nerveuses, anémie se traduisant par des céphalalgies et des épistaxis, voilà le résultat de la vie des enfants dans nos maisons d'éducation. » (Dr Lagneau. Académie de médecine, séance du 27 avril 1886.)

Donc, passons.

Toujours à propos de notre manie d'uniformité un ambassadeur étranger disait un jour à un conférencier spirituel :

— Ce qui devrait sauver votre pays, et ce qui le perdra, c'est l'instruction. Si vous ne changez pas ce système d'instruction primaire, vous êtes perdus ! Vous appliquez, dans vos écoles de campagne, le programme de Paris et des grandes villes. Voilà votre erreur.

(1) Voir le numéro 16 du 19 avril.

Cet ambassadeur avait raison. Les livres dont se sert l'instituteur de campagne sont les livres de Paris, des livres où l'on vante le prétendu bonheur des villes, de ces villes où l'on trouve des trottoirs, du gaz, de la lumière électrique, des spectacles, des concerts, et..., même autre chose !

Emerveillé, l'enfant se dit : Je ne resterai pas à la campagne, j'aime bien mieux aller en ville.

Et voilà comment la tradition de famille s'en va, voilà comment il y a si peu d'enfants qui embrassent la profession de leurs pères ; voilà pourquoi nous voyons dans nos villes tant de déclassés, tant de prétendus ouvriers qui ne savent rien faire, tant de travailleurs qui ne travaillent jamais ?

Si du contenant nous passons au contenu, nous verrons que là aussi mille entorses ont été données aux lois de l'hygiène.

Parlons d'abord du mobilier scolaire. Il est bien simple : des tables, des bancs, des livres. Tables et bancs sont à une hauteur accessible à la moyenne des élèves. Quant aux écoliers trop grands ou trop petits, ils souffrent évidemment de cette moyenne.

Avec des tables qui leur arrivent au nombril, les *grands* sont obligés de se ployer en deux pour lire ou écrire (cause fréquente de crampes d'estomac). Ces mêmes tables atteignent le niveau du nez chez les *petits*, ceux-ci sont forcés de se tenir debout pour travailler ; ou ils ont le nez fourré sur leur cahiers, leurs livres (source fréquente de myopie).

Y aurait-il un remède à ceci ? Mon dieu oui ! un bien simple. Chaque élève devrait avoir un siège in-

aucun effet dans les cas graves. Le chiffre de 18.7 % s'est abaissé à 12,6 % avec les pulvérisations éthérées.

M. Talamon conclut qu'en dehors de la vaccination nous ne possédons aucune médication interne efficace contre la variole, surtout dans ses formes graves. Les pulvérisations et les bains antiseptiques peuvent seuls lutter contre le danger de la suppuration des vésicules varioliques.

M. *Sevestre* a traité l'an dernier deux enfants, atteints de variole, par des bains de sublimé, et dans ces deux cas s'en est bien trouvé ; un des enfants guérit très vite, les pustules avaient avorté; chez l'autre, les pustules avortèrent aussi, mais il mourut d'athrepsie avant sa guérison complète.

Pleurésie dans le stade roséolique de la syphilis.

On n'a jamais jusqu'à présent signalé la coïncidence de la pleurésie avec les lésions cutanées et muqueuses de la période roséolique de la syphilis. Au commencement de cette période il n'est cependant pas exceptionnel, pour peu que l'infection soit intense, de voir des poussées inflammatoires du côté des séreuses articulaires, avec élévation de la température. On comprend donc que, dans certains cas, des poussées analogues puissent se faire du côté de la plèvre.

M. Chantemesse et son interne M. Widal ont observé, à l'Hôtel-Dieu annexe, deux femmes chez lesquelles la pleurésie s'est justement développée pendant le stade roséolique de la syphilis. Chez ces deux femmes l'affection paraît très nettement n'être autre chose que la localisation sur la séreuse pleurale de la maladie infectieuse. Il ne faut pas confondre cette manifestation de la syphilis secondaire avec les pleurésies de la syphilis tertiaire que M. Dieulafoy a décrites dans ces derniers temps.

Le 29 janvier dernier une femme de 29 ans entre à l'Hôtel-Dieu pour une éruption généralisée de syphilides papuleuses, papulo-squameuses; syphilides pigmentaires à la base du cou ; plaques muqueuses de la gorge. Elle se plaint aussi d'insomnie, de douleurs dans les articulations ; elle a un aspect cachectique; le thermomètre marque 39°.

Vers le milieu de septembre 1889 elle avait eu une éruption de roséole syphilitique généralisée. En novembre, elle avait ressenti pendant plusieurs jours une douleur très vive sous le sein droit ; en décembre, une douleur semblable sous le sein gauche.

L'auscultation révèle la présence d'un double épanchement, plus abondant à droite qu'à gauche, peu considérable néanmoins des deux côtés; c'est une lame de liquide qui occupe la partie inférieure des plèvres. La pression sur le trajet du phrénique droit est douloureuse. Les articulations aussi sont douloureuses, ce qui fait croire à une pleurésie rhumatismale.

Vers la fin de février survient une iritis ; à ce moment l'épanchement existait encore dans les deux plèvres. La température oscillait entre 38° et 39°. On institue un traitement énergique (frictions mercurielles). Peu à peu on vit disparaître les syphilides, et, avec elles, les épanchements pleuraux. Aujourd'hui la plèvre semble normale.

Voici un deuxième exemple, tout aussi caractéristique.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui entre à l'hôpital le 20 février 1890.

Les premiers accidents syphilitiques se sont montrés vers le milieu de janvier.

La malade a de la fièvre, elle est prostrée, ne peut parler qu'à voix basse ; elle se plaint d'insomnie, de céphalalgie, de douleurs musculaires et articulaires. On constate une roséole généralisée et des plaques muqueuses dans la gorge.

Tous ces symptômes persistent jusqu'au 4 mars; la température se maintient vers 39°, la prostration est toujours très grande.

A ce moment l'auscultation révèle des signes

---

dépendant, ou tabouret mobile semblable aux tabourets de piano. Quelques tours de vis..... et l'enfant se trouve placé juste à la hauteur convenable.

C'était trop simple pour qu'on y ait songé ! (1).

Passons aux livres.

Ce qu'il en existe de ces livres élémentaires !!

Bien peu méritent ce titre. Ce sont des résumés de sciences, mais non des traités élémentaires. Pour instruire un enfant il faut, pour ainsi dire, parler son langage, éviter les termes qu'il ne comprend pas ; s'il en est autrement, on double le travail de l'écolier qui apprend des mots dont le sens lui échappe ; l'élève se fatigue et finalement se rebute.

A propos de la soumission de Robert à l'église qui le força de répudier sa première femme, je lis dans un *traité élémentaire* cette réflexion phénoménale :

« Ainsi fut confirmée la suprématie de la tiare sur le sceptre royal. »

Autant de mots, autant d'énigmes. Qu'est-ce que la suprématie ? qu'est-ce que la tiare ? De tout ce pathos, il n'y a peut-être que l'adjectif royal, de compris !

V

L'enfant atteint sa treizième année. Il est arrivé sans encombre au terme de la scolarité, il quitte les bancs pour prendre : qui la truelle, qui la bêche, qui le rabot. Au bout de quelques années qu'a-t-il retenu des leçons données ? Rien ou à peu près. On l'a bourré de français, d'histoire, de géographie, de mathématiques, de notions de droit, de morale, d'agriculture, de tenue de livres, etc., etc. ; tout cela lui est arrivé à jet continu, mais si l'enfant « n'a pas eu le bonheur de naître pauvre », comme le disait le Dr Peter, à l'Académie, le voilà pris dans l'engrenage ; de l'école communale, il passe au collège.

Suivons-le.

Toutes les fois qu'elle fait entreprendre des travaux, l'administration semble redonner comme but à atteindre la solution du théorème suivant :

« *Etant donné un établissement quelconque, collège, hôpital, hospice à établir, construire ce collège, hôpital, hospice dans les conditions hygiéniques les plus mauvaises, en dépensant le plus possible pour sa construction et son entretien.* »

Et l'architecte chargé de résoudre ce problème se dit: plaçons cet édifice en ville, il remplira toutes les conditions voulues.

Il existe dans Paris et dans beaucoup de cités populeuses des maisons de retraite pour les vieillards, des hospices pour les aveugles, les enfants trouvés. Quelles satisfactions ont ces pauvres hères à venir habiter tout au fond d'une rue étroite et sombre quelqu'ancien cloître converti en maison hospitalière ?

Ce que je dis s'applique aussi aux collèges. Au lieu d'envoyer les citadins se refaire à la campagne

(1) Notre confrère se trompe. Il y a bien des années que le mobilier scolaire perfectionné existe.
En outre on connaît bien des écoles dans les petites villes, dans les villages qui répondent à toutes les exigences hygiéniques.

très nets de pleurésie sèche à la base du poumon gauche. Pas de toux, pas d'expectoration.

Un traitement énergique est prescrit (frictions mercurielles et iodure de potassium à l'intérieur). Bientôt la température s'abaisse, les signes de pleurésie disparaissent et la malade quitte l'hôpital au commencement d'avril, parfaitement guérie.

Le premier des deux faits précédents pourrait à la rigueur être rattaché à une autre cause que la syphilis.

Mais pourquoi ne point accuser cette dernière affection ? La syphilis secondaire frappe tous les tissus, même les parenchymes, comme le rein et le foie. Pourquoi n'atteindrait-elle pas la plèvre ?

Dans ce cas enfin, la malade ne présentait aucun signe de maladie infectieuse autre que la syphilis.

Dans le second cas, le doute n'est pas possible; la pleurésie a trop nettement suivi la marche et l'évolution des autres manifestations syphilitiques. Dans les deux observations enfin, le traitement a trop efficacement agi sur les plèvres malades pour que l'hésitation soit permise.

La syphilis secondaire peut donc se localiser sur les séreuses au même titre que sur les téguments muqueux et cutanés.

M. *Duponchel*, du Val-de-Grâce, dit avoir déjà observé à Bordeaux plusieurs cas de péricardite et d'endocardite au cours de la première et de la deuxième période de la syphilis.

Le traiment spécifique a toujours été suivi de guérison.

Œdème aigu du poumon dans les affections de l'aorte, les cardiopathies artérielles et la néphrite interstitielle.

M. *Huchard* appelle l'attention sur un œdème aigu ou suraigu des poumons qui a été souvent confondu avec la congestion aiguë de cet organe.

Cet œdème aigu est absolument différent, par sa nature, ses symptômes et son pronostic, de l'œdème chronique de Laënnec. Il a été décrit pour la première fois par Andral qui en a cité plusieurs cas survenus dans diverses maladies. Andral distinguait même un œdème aigu et un œdème suraigu, celui-ci pouvant tuer le malade en quelques heures, en quelques minutes, comme s'il s'agissait alors d'une véritable apoplexie séreuse.

Dans les maladies de l'aorte et du cœur on peut voir survenir cet œdème aigu qui les termine alors rapidement, et cette terminaison est plus fréquente qu'on ne pense. M. Huchard l'a observée plusieurs fois. M. Bouveret, de Lyon, pendant la dernière épidémie de grippe, en a étudié deux cas. M. Delaharpe en a publié deux, lui aussi, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*.

Dans tous ces cas la congestion pulmonaire aiguë aurait pu être accusée; cette congestion existe d'ailleurs tout d'abord ; elle est pour ainsi dire le prélude de l'œdème. Celui-ci est donc une complication grave des maladies de l'aorte et des cardiopathies artérielles. Son apparition est brusque; il se caractérise par des accès de dyspnée intense, des signes d'asphyxie, cyanose, refroidissement des extrémités ; par des râles crépitants et sous-crépitants fins très nombreux, des deux côtés de la poitrine ; par une expectoration abondante, spumeuse, aérée, d'aspect mousseux, de coloration rosée, contenant une grande quantité d'albumine. On note en même temps une sonorité exagérée due à un emphysème aigu qui accompagne très souvent l'œdème aigu du poumon. La mort survient ordinairement dans un accès de dyspnée.

A l'autopsie d'un malade atteint primitivement d'une dilatation aortique et mort d'un œdème aigu consécutif, M. Huchard a trouvé les poumons volumineux, emphysémateux ; les côtes avaient laissé leur empreinte à la surface ; à la coupe, véritable inondation séreuse du parenchyme.

M. Bouveret a trouvé, lui aussi, tous ces caractères à l'autopsie de l'un des deux cas qu'il a publiés.

---

dans un milieu vivifiant, on envoie les campagnards s'étioler dans une vieille caserne de la ville.

« *Il faudrait tirer les maisons d'éducation du sein des villes ou manquent l'air et l'espace et les rétablir à la campagne* (Prévost-Paradol).

Sans vouloir en rien humilier l'Université, on peut avancer sans crainte que les établissements tenus par les religieux sont de beaucoup mieux compris que les siens. Ces collèges dirigés par les congrégations, où les trouvez-vous ? dans les villes, par exception (pour soutenir la concurrence), mais surtout à la campagne, dans un petit chef-lieu de canton, dans un village.

Alors, plus de ces cours où les enfants sont entassés ; où il est impossible de courir, de jouer, de se retourner sans heurter son voisin.

Cinquante fois sur cent les lycées occupent un ancien couvent dans la *vieille ville*, le collège se trouve donc dans des conditions hygiéniques déplorables.

A ces moines, on a emprunté leurs coutumes, leur manière de vivre.

Ainsi, l'heure matinale du réveil, le silence observé soit en passant d'un exercice à un autre, soit pendant les repas, sont évidemment des traditions monacales.

Eh bien, cette tradition s'est perpétuée d'âge en âge jusqu'à nos temps de laïcisation.

Qu'aux beaux jours l'élève soit debout à cinq heures.... *Concedo* ! Mais par les grands froids, pendant la mauvaise saison, y aurait-il de grands inconvénients à le laisser dormir jusqu'à 7 heures ?

A peine levé, l'enfant va se débarbouiller ; en hiver, l'eau est souvent congelée dans le lavabo ; c'est en la chauffant d'une façon ou d'une autre que l'on parvient à faire couler un liquide à 4° ou 5°. Aussi, est-ce avec l'entrain et l'enthousiasme d'un condamné que l'élève s'achemine vers la fontaine.

Ce nettoyage à l'eau glacée ne m'a jamais paru d'une saine pratique. Fort souvent des rhumes, des quintes de toux n'ont d'autre cause que cette réfrigération subite du corps encore moite de la chaleur du lit.

Pourquoi, en hiver, l'eau des lavabos ne serait-elle point portée à 10° ou 15° ?

On se lève, on s'habille.... en silence. En silence aussi, deux à deux, nos collégiens franchissent les couloirs, pour se rendre dans la salle d'études.

Celle-ci est éclairée soit au gaz, soit à l'huile minérale, au schiste, au pétrole, etc.

Examinons les inconvénients de ces divers produits. Le gaz exhale une odeur caractéristique « détermine souvent la toux » (Becquerel), mieux que cela, « favorise le développement de la tuberculose » (Becquerel).

L'huile de pétrole a les mêmes inconvénients ; elle est de plus fort dangereuse à manier.

L'huile de schiste par son odeur empyreumatique provoque des céphalalgies.

Le meilleur éclairage est évidemment l'éclairage à l'huile ordinaire épurée ; c'est celui qui donne la lumière la plus douce, la plus agréable, fatiguant le moins la vue. Ce devrait être le seul adopté. Malheureusement il est le plus dispendieux, et ici, comme dans bien d'autres cas, *l'économie prime la santé.*

Dr Barry. *(A suivre.)*

Plusieurs opinions ont été émises à propos de la pathogénie de ces accidents. Quelques auteurs, Welsch, Conheim, pensent que l'œdème aigu est dû à une fatigue subite du ventricule gauche. Pour M. Bouveret la fluxion séreuse est liée à un trouble de l'innervation vaso-motrice dans le domaine de l'artère pulmonaire. En effet, cette complication apparaît le plus souvent dans les affections de l'aorte, et sa fréquence s'explique alors par le voisinage du plexus cardio-pulmonaire que l'affection primitive irrite. De plus, la théorie de M. Bouveret concorde avec les expériences de Ranvier, qui a établi que, dans l'œdème en général, les troubles vaso-moteurs jouent un rôle bien plus important que la stase sanguine.

On a cité des cas d'œdème aigu du poumon dans la néphrite interstitielle. M. Huchard croit que toujours il existe alors, en même temps que les lésions rénales, des lésions de l'aorte. Il attribue néanmoins, dans l'infiltration séreuse du parenchyme pulmonaire, une part assez importante aux variations brusques et successives de la tension artérielle, qui surviennent dans le cours des cardiopathies et des affections de l'aorte et qui, à un moment, fatiguent et paralysent le cœur gauche. Alors la tension intra-aortique diminue, la tension intra-pulmonaire augmente, la transsudation séreuse se produit. En effet, on trouve tout d'abord le pouls plein, fort, serré, l'impulsion cardiaque énergique, tous ces signes coïncidant avec une tension artérielle exagérée. Puis, tout à coup, une chute brusque de la tension se produit, le ventricule gauche est comme paralysé, et le malade devient asystolique. Quelquefois cette asystolie amène en quelques heures un œdème assez considérable des membres inférieurs.

Malgré la rapidité de sa production et l'intensité de ses symptômes, l'œdème pulmonaire aigu ne trouve pas la thérapeutique absolument désarmée contre lui. En Allemagne on a essayé de tirer parti de l'antagonisme qui existe entre la muscarine et l'atropine. Avec la muscarine, en injections sous-cutanées, on peut produire chez les animaux un œdème considérable des poumons avec dilatation des cavités cardiaques.

Grossmann pensa donc que l'administration de l'atropine, substance antagoniste de la muscarine, aurait d'excellents effets dans les cas d'œdème pulmonaire.

M. Huchard a répété les expériences de Grossmann, et il a pu se convaincre qu'il ne faut jamais confondre l'antagonisme physiologique et l'antagonisme thérapeutique.

L'atropine n'a jamais eu d'effet satisfaisant; au contraire, ce médicament entrave la diurèse, alors qu'il est de première importance de l'activer.

La digitale est, elle aussi, contre-indiquée, ne serait-ce qu'à cause de son action lente et éloignée. Mais on peut employer la caféine à haute dose, les préparations de scille, l'application des ventouses, les injections de strychnine pour lutter contre la broncho-plégie qui peut devenir rapidement fatale. Enfin, dans les cas pressants, une large saignée pourra conjurer les accidents mortels.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *De l'anesthésie locale par la cocaïne.* — II. *Des pieds-bots phlébitiques.* — III. *Du massage dans les fractures.*

M. P. Reclus (1) — qui a eu recours plus de sept cents fois à cette méthode — considère la cocaïne comme un analgésique fidèle et innocent, pourvu qu'elle soit *bien* et *prudemment* administrée.

Les badigeonnages faits sur la peau avec une solution de cocaïne ne produisent pas d'anesthésie sur les muqueuses, elles n'amènent qu'une insensibilité passagère et superficielle. Aussi n'a-t-on guère recours à ces applications externes que pour abolir les réflexes lors de l'introduction de certains instruments, dans l'examen des cavités profondes, ou pour pratiquer l'ablation des amygdales, l'extirpation de végétations du pharynx et des polypes du nez, enfin l'uréthrotomie interne.

On a encore recours à l'action de la cocaïne, par simple contact, pour amortir les douleurs que provoque l'injection iodée après la ponction de l'hydrocèle ; on a de même étendu son usage au traitement des kystes séreux du cou, des kystes spermatiques, des hydrocèles enkystées du cordon.

M. P. Reclus se sert de la cocaïne dans la thérapeutique des synoviales articulaires : lorsque les grands lavages de la jointure sont indiqués, dans le cas d'hydarthrose chronique, on insensibilise la séreuse avec la cocaïne ; pour le genou, par exemple, on enfonce l'aiguille de la seringue de Pravaz, en dehors et au-dessus de la rotule, dans le cul-de-sac sous-tricipital ; elle pénètre dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, traverse le tissu fibreux péri-articulaire et atteint enfin la cavité de la jointure.

Le piston, méthodiquement refoulé au fur et à mesure que l'aiguille avance, laisse derrière elle une traînée de cocaïne, route analgésiée que suivra le gros trocart à hydrocèle que l'on enfonce dans l'article.

Même manœuvre en dedans, au-dessous de la rotule, dans le cul-de-sac inférieur et interne, même injection interstitielle, même injection dans la jointure, même ponction avec le trocart à hydrocèle. Lorsque la sérosité est bien évacuée, on adapte, à l'orifice du premier trocart, un tube en caoutchouc ouvert dans un réservoir en verre, où on verse le liquide pour le lavage, solution phéniquée à 2 ou 4 pour 100. Ce liquide traverse l'articulation, la séreuse insensibilisée par la cocaïne : il en lave la surface et ressort par l'autre trocart. L'opération a été très rapide : il ne reste plus qu'à immobiliser et à comprimer la jointure.

Dans cette opération, l'analgésie de la séreuse a bien été produite par le simple contact de la cocaïne versée dans la synoviale ; mais celle des tissus péri-articulaires est le résultat de l'injection interstitielle, le procédé le plus commun et le plus actif : voyons comment il faut s'en servir, par exemple, pour une incision de la peau, pour une ouverture d'abcès ou l'ablation d'une tumeur.

Lorsqu'on a fixé les limites de la future incision,

(1) *Gaz. hebd.*, 29 mars 1890.

on insinue, à l'une de ses extrémités, l'aiguille de la seringue de Pravaz dans l'épaisseur du derme et on la fait cheminer tout en poussant régulièrement le piston ; le liquide s'infiltre peu à peu dans les tissus et dès lors, si l'aiguille avance lentement, son passage ne saurait être perçu par le patient; car la cocaïne qui sort de la pointe, analgésie la trame où cette pointe va pénétrer.

Il faut avoir soin de ne pas pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané et de rester dans le derme : on reconnaît qu'on est dans la peau à la résistance que l'aiguille éprouve en cheminant dans la trame serrée du derme, à une légère boursouflure que soulève l'injection et à la pâleur subite, la lividité passagère que prend ce bourrelet. Une fois que cette traînée a été déposée, il suffit d'attendre trois ou quatre minutes, et l'on peut saisir le bistouri ou le thermo-cautère, l'incision ne réveillera pas la douleur.

L'incision sera pratiquée, autant que possible, au centre même de la traînée cocaïnique, sur le trajet direct de l'aiguille, car la zone franchement anesthésiée ne dépasse guère un centimètre de chaque côté. Mais l'insensibilité s'étend fort loin en profondeur, et le tissu cellulaire, les parties molles sous-jacentes, se laissent dilacérer sans provoquer de souffrances appréciables.

Grâce à cette technique, l'efficacité de la cocaïne sera constante, à condition toutefois que l'alcaloïde ne soit pas frelaté. — M. Reclus énumère les reproches qui ont été faits à cette méthode : d'abord les détracteurs de la cocaïne prétendent que son effet est nul dans les tissus enflammés. C'est une erreur : une injection bien faite dans la peau rougie par une lymphangite ou un phlegmon, dans un furoncle, dans un anthrax, permet d'inciser sans la moindre douleur. On a affirmé encore que l'action de la cocaïne est trop vite épuisée pour permettre des interventions de longue durée : au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, les tissus reprendraient leur sensibilité primitive et la douleur s'accuserait par les cris du malade. Cette assertion est fausse : M. Reclus a pu mener à bien, sans éveiller la moindre souffrance, des opérations délicates, des ablations de tumeur avec dissection minutieuse, des castrations, des gastrotomies, des anus artificiels, des cures radicales de hernies et d'hydrocèle ; le dernier fil n'était souvent placé qu'au bout d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure et l'anesthésie était encore complète.

On a prétendu que la cocaïne est inefficace dans la région ano-scrotale, qui ne serait jamais insensibilisée d'une façon suffisante pour permettre l'ablation des hémorrhoïdes, l'incision d'une fistule ou la dilatation de l'anus. C'est encore une erreur : les injections de cocaïne permettent d'opérer impunément des trajets fistuleux et des paquets hémorrhoïdaires ; il faut, il est vrai, une technique un peu particulière : après avoir, au préalable, introduit dans le trajet sphinctérien un tampon d'ouate hydrophile, imbibé de cocaïne, qui insensibilise la muqueuse, on fait autour de l'orifice anal une sorte de couronne anesthésique en enfonçant l'aiguille en six points différents et également espacés ; on la pousse sous la muqueuse, dans les fibres internes du sphincter, jusqu'au niveau et même jusqu'au-dessus du rebord supérieur ; chacune de ces injections est d'une *demi-seringue* d'une solution à 2 p. 100, soit pour chaque injection un centigramme de cocaïne, six pour les six injections. Au bout de quatre minutes, on peut saisir le spéculum de Trélat et forcer le sphincter sans causer la moindre souffrance.

On ne saurait donc nier l'efficacité de la cocaïne, mais est-elle vraiment dangereuse ? Non ; M. Reclus n'a pu recueillir, dans toute la littérature médicale, que quatre cas de mort consécutive à l'emploi de la cocaïne : la mort était pour ainsi dire inévitable en raison de la dose exagérée d'alcaloïde administré (75 centigr., 1 gr. 20, 1 gr. 25 et 1 gr. 50). Or, pour anesthésier un champ opératoire même fort vaste, il n'est besoin que de doses peu considérables (dix à quinze centigr. au maximum). M. Reclus se sert d'une solution à 2 % ; chaque seringue de Pravaz contient donc 2 centigr. de cocaïne. Dans la plupart des interventions importantes (castration, cure radicale de l'hydrocèle ou de la hernie, ablation de tumeur), il est très rare de dépasser dix centigrammes ; 4, 6, 8 centigr. suffisent largement dans les cas ordinaires.

II. — Des pieds bots phlébitiques.

M. Verneuil a fait récemment, à l'Académie des sciences, une intéressante communication sur les difformités des pieds et des orteils consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs ; après avoir rappelé les causes habituelles de ces phlébites, les accidents divers qu'elles peuvent produire : accidents généraux infectieux, accidents locaux (œdème, suppuration, douleurs violentes, arthrites, varices, etc.), accidents à distance accusés par des embolies, M. Verneuil décrit une complication tardive dont il a observé trois cas et dont M. Kirmisson a également vu et traité un cas.

Il s'agit de difformités des pieds et des orteils qu'on peut rapporter à deux formes du pied bot, l'équin et le varus équin, avec ce caractère particulier que les orteils qui, dans les variétés congénitales, sont peu déviés, mobiles et généralement en extension forcée, sont ici rigides, immobiles, fléchis plus ou moins, parfois en forme de griffes : ce qui permet de reconnaître que les agents de la déviation du pied sont surtout les muscles de la couche profonde de la jambe, fléchisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils et jambier postérieur, plutôt que le triceps sural qui joue le rôle principal dans la production de l'équin et du varus équin vulgaires.

La rareté de cette affection indique clairement que certaines variétés de ces phlébites sont seules capables de la produire. Voici la pathogénie indiquée par M. Verneuil : tant que les veines superficielles et profondes inter-musculaires sont seules enflammées, les muscles, isolés par des plans aponévrotiques ou une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif, restent étrangers au processus morbide ; mais les vaisseaux intra-musculaires sont-ils pris qu'aussitôt la fibre rouge, en contact immédiat avec eux, s'enflamme à son tour et entre en fonction pathologique ; en d'autres termes, la phlébite amène la périphlébite, laquelle, agissant sur le seul tissu voisin, amène nécessairement la myosite qui produit fatalement à son tour la contracture, puis la rétraction et les déviations et difformités conséquentes.

Le pronostic de ces pieds bots phlébitiques est assez sérieux en ce qui touche le rétablissement des fonctions du membre. Le traitement curatif comprend la rectification des attitudes vicieuses

par les appareils à action rapide ou progressive, les frictions, le massage ; l'électrisation des muscles antagonistes et enfin la ténotomie qui, une fois déjà, a été appliquée avec succès par M. Kirmisson.

Si les indications thérapeuthiques sont faciles à poser, elles sont beaucoup moins aisées à mettre en pratique; car les douleurs excessives de la phlébite ou des arthrites concomitantes rendent les actions mécaniques plus ou moins longtemps intolérables, et le danger des embolies interdit pendant longtemps aussi les manœuvres pouvant atteindre plus ou moins directement les veines remplies de caillots sanguins.

III. — Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures (1).

Nous avons déjà signalé à diverses reprises les bons résultats obtenus du massage dans le traitement des fractures : M. L. Championnière, qui a particulièrement étudié cette méthode, a réuni en un mémoire fort intéressant les notions qu'il a recueillies d'une pratique assez considérable.

Il ne suffit pas de dire qu'on va masser, il faut aussi savoir comment on procédera. On peut diviser d'abord en quatre classes les applications du massage aux fractures :

1° *Massage immédiat et continué*. C'est la manière la plus parfaite d'appliquer la méthode. C'est ainsi qu'on pratique le massage dans les fractures qui sont susceptibles de peu de déplacement secondaire ou dont le déplacement gêne peu les fonctions. Les fractures du radius et du péroné sont les types les plus caractéristiques de ces fractures : ce sont, d'une manière générale, celles qui occupent le voisinage des articulations.

2° Dans les fractures où la tendance au déplacement est trop grande, on masse *le membre avant de le mettre dans l'appareil*. Cette pratique est particulièrement bonne pour les fractures du poignet avec grande mobilité, pour les fractures sus-malléolaires. M. Championnière l'a beaucoup appliquée à la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ; dans les fractures les plus mobiles, celles de la partie moyenne de la jambe, même celles du fémur, on en obtient les meilleurs résultats.

3° Pour une troisième classe de fractures où la mobilité n'a qu'une tendance médiocre à se produire, pour la jambe, pour le bras, surtout pour l'avant-bras, on applique un appareil qui est retiré au bout de deux ou trois jours, puis un massage méthodique est pratiqué, l'appareil est remis et on le retire chaque jour.

4° L'immobilité absolue est nécessaire pendant quelque temps. Il s'agit de cas où la mobilité des fragments est très grande immédiatement et pour lesquels néanmoins la mobilisation très rapide est une nécessité, ou présente les plus grands avantages. Dans ces cas l'artifice consiste à immobiliser absolument les fragments pendant quelques jours. Très rapidement la soudure osseuse est suffisante pour qu'on puisse retirer l'appareil et pratiquer le massage. Dans les cas où cette mobilité était extrême au début, on est obligé pendant un certain temps de remettre l'appareil après la séance du massage. Dans cette quatrième classe il faut placer surtout les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'extrémité inférieure du même os, qui présentent trop de mobilité pour être soumises au massage immédiat.

Quels sont les mouvements employés pour le massage d'une fracture ? Ils sont de trois ordres

1° *Mouvements d'exploration*. Lorsque la fracture est constatée, on cherche quels sont les mouvements possibles à imprimer au membre sans douleur ; il faut voir dans quelle mesure les articulations voisines de la fracture peuvent encore être mobilisées, quelles sont les régions qui peuvent être pressées ou frôlées sans douleur.

2° *Massage proprement dit*. Le foyer de la fracture est bien exploré et bien déterminé : il ne doit pas être l'objet de pressions directes, et doit être bien immobilisé ainsi que tout le membre à masser. Si le sujet est dans son lit, le mieux est de placer son membre bien appuyé sur des coussins durs, sur des coussins de sable par exemple. Les pressions doivent toujours être faites directement avec la main et perpendiculairement à l'axe du membre. Cette sorte de pression, combinée avec le glissement de la main suivant la direction du membre, constitue l'essence du massage.

Cette marche, ce glissement de la main doit toujours être conduit selon l'axe du membre et en suivant la direction du cours du sang veineux.

En dehors de ces pressions directes et perpendiculaires aux muscles, promenées suivant l'axe du membre, M. Championnière n'emploie guère qu'un seul autre ordre de mouvement : des pressions circulaires, une sorte de mouvement de meule exercé avec la paume de la main. Il faut l'employer partout où il y a une tuméfaction particulièrement développée, des gonflements tendineux faisant saillie, un épanchement de sang bien isolé.

Pour ces manœuvres, on se sert d'un ou des deux pouces enduits d'huile ; pour avoir une action plus grossière, plus énergique, on peut employer ensuite la face palmaire des quatre doigts réunis et même la paume de la main.

3° *Mouvement à imprimer aux membres fracturés et aux régions voisines*. Lorsque la séance de massage est terminée, il y a lieu de la compléter par des mouvements méthodiquement imprimés au membre. Ces mouvements devront toujours être faits, si possible, sans mouvements pouvant tendre à déplacer les fragments. Toutes les petites articulations du voisinage seront mobilisées individuellement et il ne faudrait plus craindre de provoquer ces mouvements dans des articulations très éloignées. Pas plus que le massage lui-même, ces mouvements ne doivent être douloureux : il faut les réserver pour la fin de la séance. Les mouvements à faire supporter par le patient sont de deux ordres : ceux que le chirurgien emploie et ceux qu'il engage à exécuter. S'il y a avantage à provoquer des mouvements fréquents, il y aurait de grands inconvénients à en exagérer l'amplitude ; de même il faut que le sujet utilise la latitude que la disparition de la douleur lui a donnée, mais il n'y a aucun avantage à ce qu'il fasse des efforts violents et douloureux pour exécuter, malgré tout, des mouvements. Tandis qu'une petite somme de mouvement ne nuit en rien à la formation d'un cal, les grands mouvements ont de grands inconvénients :

(1) Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures. Théorie et pratique. Indications à la plupart des fractures, 1889. Paris, chez A. Coccoz.

un exercice modéré est plutôt utile à la réparation, un exercice violent lui est nuisible.

Quelles sont les contre-indications du massage dans les fractures ? Elles sont fournies à peu près exclusivement par la mobilité des fragments. On ne doit pas dire que toutes les fractures où les fragments sont mobiles, ne sauraient être massées ; si, les fragments étant mobiles, il est possible de les immobiliser temporairement et suffisamment, la fracture est encore bonne à masser. Mais, si la mobilité des fragments expose à une déformation importante et définitive, il y a lieu d'y renoncer.

Tel est le principe qui doit guider dans la détermination des fractures à masser : on peut dire ainsi à l'avance que pour un chirurgien suivant avec soin les fractures, celles qui devront être immobilisées sans massage aucun seront de beaucoup les plus rares.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'asthme des foins et de son traitement par le gaz acide carbonique.

Le Hay-Fever, la fièvre, l'asthme des foins est une affection relativement rare ; j'en ai rencontré quelques cas dans ma pratique, et il en est un particulièrement qu'il m'est donné de suivre et d'étudier jour par jour depuis trois ans.

Tout d'abord, je dois décrire ce que j'entends étudier sous le nom de cette maladie mal définie que l'on appelle à tour de rôle : asthme d'été, fièvre des foins, asthme des foins, Hay-Fever, coryza des foins, etc., etc..., et qui peut être produite aussi bien par le pollen des graminées ou l'odeur d'une rose que par celle de l'ipéca ou du poivre, suivant la susceptibilité particulière à chaque sujet et son impressionnabilité plus ou moins grande.

Nos classiques reconnaissent tous comme symptômes de la fièvre des foins, le coryza, le larmoiement, l'enrouement, l'oppression ; le tout accompagné comme état général, de céphalée, de fièvre plus ou moins violente, d'inappétence, d'insomnie et de courbature générale. L'examen laryngien et rhinoscopique permettent de constater la rougeur et la turgescence de la muqueuse des fosses nasales et des régions laryngées.

L'auscultation donne parfois les signes de l'asthme ordinaire. D'où l'on peut conclure, que les symptômes de l'asthme des foins, pour maintenir cette appellation donnée par nos devanciers sur le chemin de la science, appellation que je conserve par respect pour les travaux de nos aînés, peuvent se classer ainsi dans notre langage médical actuel :

1° Légère hyperhémie de la muqueuse nasale, sans sécrétion.

2° Hyperhémie, accompagnée de sécrétion. Cette seconde classe peut encore comprendre les divisions suivantes : A. cas dans lesquels il existe un coryza simple ; B. cas dans lesquels il existe de la laryngite ; C. cas dans lesquels on observe de l'asthme, en plus du coryza et de la laryngite.

L'anatomie pathologique nous fait défaut, vu la bénignité de l'affection, mais l'observation clinique, aidée de la physiologie, nous permet de reconstituer le cadre pathologique de cette affection vraiment intolérable pour ceux qui en sont atteints, et de dire qu'elle est due à la susceptibilité exagérée de la muqueuse des voies respiratoires supérieures.

Ce qui peut nous expliquer cette grande sensibilité de la muqueuse nasale, c'est sa structure essentiellement érectile et la présence de son épithélium à cils vibratils ; c'est en effet, pour ce motif, que sous l'influence d'un agent irritant que nous trouvons soit dans le pollen des graminées, dans l'odeur la plus inoffensive en apparence, ou pour employer un terme plus en rapport avec la nature de l'agent provocateur, une cause occasionnelle quelconque venant provoquer l'érection de la muqueuse nasale, les symptômes de la maladie se produisent à divers degrés.

Si cette érection est modérée, elle ne provoque pas la suractivité fonctionnelle ; voilà le premier degré. L'examen rhinoscopique met alors en évidence un gonflement généralisé de la muqueuse, avec maximum sur le cornet inférieur. Le malade se plaint d'un sentiment de sécheresse et de cuisson dans le nez ; il éternue fréquemment, la respiration est légèrement douloureuse, l'olfaction est abolie, les conjonctives sont congestionnées, il n'y a pas de symptômes généraux bien nets à cette période, si ce n'est un léger état nerveux, et un peu de courbature.

Si l'agent irritant prolonge son action ou s'il la produit plus violemment, la muqueuse surexcitée fournit une abondante sécrétion claire, liquide, filante, non aérée ; le malade ne cesse de moucher, de râler, les glandes lacrymales fournissent un écoulement considérable, peu à peu le larynx se prend, la voix se voile légèrement, et l'on constate au laryngoscope une rougeur sombre et généralisée à toutes les parties de la cavité de cet organe, rougeur qui ne tarde pas à se propager à la trachée, et, chez certains sujets faciles à examiner, on voit le conduit aérien complètement rouge sombre jusqu'à sa bifurcation, ce qui nous autorise à admettre la propagation de l'inflammation jusqu'aux extrémités des bronches. L'auscultation donne alors tous les signes de l'asthme confirmé ; c'est là que commence ce que certains auteurs ont appelé la période des sifflets ; le plus souvent, les râles ronflants et sibilants s'entendent à distance, l'inspiration est courte, l'expiration de beaucoup prolongée ; le malade étouffe, il est anxieux, ne peut rester au lit, il lui faut de l'air et du mouvement.

La fièvre est parfois intense, l'expectoration est toujours abondante, elle est visqueuse et s'établit dès le début de l'accès, les râles, le plus souvent sibilants, se font entendre à distance.

La durée de l'accès, qui peut se reproduire deux, et même trois fois par jour, mais en général a lieu le soir quand le malade se couche, est des plus variables ; ainsi, je lui ai vu avoir une durée de trois ou quatre heures ; parfois, peu à peu, les manifestations se calment, et le malade reste dans un état d'anéantissement complet, il s'endort, mais dort mal, et le lendemain se réveille tout courbaturé, sans force et sans appétit, avec une céphalée assez violente. Telle est, à grands traits, la description du second degré du Hay-Fever.

Je viens de parler d'une déformation du cornet inférieur dans l'asthme des foins, déformation dont certains auteurs ont voulu faire la cause primordiale de la maladie ; c'est une opinion que je rejette absolument, me basant sur ce fait anatomique, que les anomalies du cornet

inférieur sont des plus fréquentes (deux tiers au moins des hommes ont des anomalies de cet organe, sans pour cela en éprouver la moindre gêne). On ne peut donc pas dire, vu la rareté de la maladie que nous étudions, que l'anomalie du cornet inférieur en soit la cause. J'aime du reste bien mieux admettre la théorie de l'érection de la muqueuse nasale, qui explique également ces deux observations publiées récemment dans la Presse médicale, au sujet de maris ayant des vomissements incoercibles pendant la grossesse de leur femme ; ces deux hommes n'étaient malades qu'en présence de leur femme en état de gestation et leur malaise débutait par du coryza. Dans ces deux cas c'est évidemment l'érection de la muqueuse nasale, qui occasionnait le réflexe du côté des voies digestives, tandis que dans le cas du Hay-Fever, l'érection de cette même muqueuse conduit à l'irritation des nerfs sous-jacents, lesquels ont une étroite relation avec ceux dont l'excitation produit les accès d'asthme expérimental.

L'asthme, dans le Hay-Fever, est donc bien une de ces névroses d'origine nasale, sur lesquelles le Dr Joal (du Mont-Dore) a dernièrement publié d'intéressantes études. Cette opinion est encore confirmée par le caractère inquiet, nerveux des malades atteints de la maladie qui nous occupe ; ils ont en effet toutes les sensations exagérées, un rien les irrite, les assombrit, car, d'après mes observations, c'est surtout la colère et la tristesse qui sont le fond de leur état psychique.

D'après les symptômes que nous venons d'étudier, devons-nous ranger le Hay-Fever dans la grande classe de l'asthme ? Je ne le crois pas, car il existe des points trop tranchés, et d'une importance trop marquée entre les deux maladies. Je ne veux pas retracer ici ces signes de l'asthme, que nous connaissons tous ; je me bornerai seulement à faire remarquer :

1° La périodicité du Hay-Fever qui revient à jour dit, le malade se trouvant dans des conditions absolument différentes.

2° Le processus des accès de dyspnée, qui ne se produisent jamais d'emblée et sont toujours la suite de l'irritation nasale, caractérisée par l'éternuement, l'écoulement conjonctival et nasal; pour bien mettre en évidence cette corrélation entre l'accès d'asthme et l'irritation nasale, j'ai cocaïnisé à l'excès (je puis le dire, puisque j'ai eu quelques légers effets généraux) la muqueuse nasale, et, tant que le patient a été sous l'effet de la cocaïne, l'accès ne s'est pas produit, il n'a eu lieu qu'après, sans rien perdre de son intensité et n'a été retardé que de trois heures.

De ces considérations il ressort pour moi : Que cette maladie, connue sous le nom d'asthme des foins, ne peut être classée avec l'asthme ordinaire, mais qu'elle est une névrose d'origine nasale ; tout en effet vient à l'appui de cette théorie, car dans mes observations il est évident que les cas sur lesquels je me base, les seuls du reste que j'aie rencontrés, montrent les jeunes femmes chlorotiques ou névropathes, les hommes se livrant à des travaux intellectuels pénibles, ou ayant de graves préoccupations, des rhumatisants des deux sexes, comme le terrain propre du Hay-Fever.

Les médications les plus diverses ont été employées contre l'asthme des foins ; c'est ainsi que l'on s'est adressé tour à tour aux sels de quinine, de potassium, et à toute la série des narcotiques, sans obtenir les résultats que l'on en attendait. On a même fait des cautérisations au fer rouge sur la muqueuse nasale. Le changement d'air, les séjours au bord de la mer n'ont rien donné, quand ils n'ont pas aggravé la situation, comme cela est arrivé chez l'un de nos malades, qui a été bien plus malade à la mer qu'il ne l'était chez lui.

Chez ce malade, le seul que j'aie pu suivre jour par jour, comme chez les autres, que je n'ai malheureusement pu voir qu'à de longs intervalles, je n'ai obtenu de résultats sérieux que par la médication carbonique, appliquée aussi près que possible d'une des rechutes annuelles. Je regarde comme indispensable à un prompt succès, de commencer les lavements de gaz carbonique dès le début de la maladie, avant la période des sécrétions, l'action est alors beaucoup plus prompte, et en quelques séances le mieux se produit ; si, cependant, le malade était absolument décidé à ajourner ce mode de traitement, on peut employer avec quelques chances de succès les douches d'acide carbonique dans le nez, leur durée doit être d'un quart d'heure au moins ; il faut en prendre au minimum trois par jour ; faire porter des lunettes de verre fumé et protégeant parfaitement les yeux.

Pour le second degré de la maladie, alors que les symptômes sont plus pressants et plus inquiétants pour le malade, nous n'avons pas grand' peine à faire accepter les lavements, car ils s'imposent alors :

Voilà de quelle façon je procède :

Chaque matin et chaque soir à jeun, l'intestin étant préalablement évacué, je fais prendre au moins six litres de gaz acide carbonique en lavement, et ayant traversé une bouteille d'eau de Vichy de la grande Grille, ce gaz doit être porté à une température de 36° à 37° ; de plus, il faut s'entourer des autres précautions sur lesquelles j'ai déjà si souvent appelé l'attention. Si l'on peut se procurer du gaz provenant d'une source naturelle, l'absorption est beaucoup plus rapide ; ainsi, à l'établissement de Vichy, où, cette année, j'ai installé ce traitement, je fais passer dans l'intestin, en moins de 10 minutes, de 10 à 14 litres de gaz carbonique, sans que les malades en traite ment ressentent la moindre colique, le moindr ballonnement.

Pendant ce genre de traitement je ne donne absolument aucun autre médicament, et après cinq ou six jours, au plus, les crises d'étouffement, la laryngite, le coryza, la conjonctivite ont disparu, en un mot, le Hay-Fever a rétrogradé au 1er degré ; je fais néanmoins continuer encore les lavements pendant autant de temps, pour assurer la guérison qui ne se dément pas.

Voici en quelques mots l'histoire de l'un de mes malades, que je suis depuis trois ans : c'est un homme de 45 ans environ, fort bien constitué, bon tempérament, menant une vie très active à la campagne, ne faisant aucun excès et ayant une vie très réglée ; il est sujet à quelques manifestations rhumatismales. La première atteinte d'Hay-Fever remonte à 25 ou 30 ans, et, chaque année, M. X. voit ses crises revenir à époque fixe, et augmenter tant comme violence que comme durée.

Je fus consulté pour la première fois en 1887, j'essayai les formules classiques avec le plus dé-

sespérant insuccès. M. X. alla passer un mois à la mer et me revint bien plus fatigué qu'avant ce déplacement ; c'est alors que, pour la première fois, je l'engageai à essayer des lavements d'acide carbonique ; il en prit pendant un mois, et, la saison aidant (nous étions en septembre), le mal disparut.

En 1888, fin avril, le Hay-Fever fit à nouveau son apparition annuelle ; mon malade ne veut pas dès le début reprendre les lavements, son état n'est pas très douloureux dès les premiers mois, grâce aux précautions et aux calmants névrosthéniques employés ; il n'a pas trop d'étouffements, mais présente de la conjonctivite, de la laryngite passagère ; enfin je parviens à le décider à reprendre les lavements d'acide carbonique, il me promet de faire régulièrement son traitement, mais le fait très irrégulièrement, son état s'amende cependant un peu, mais la guérison ne vient pas avant le mois de septembre comme l'année précédente.

Cette année-ci (1889), éclairé par ses aveux, je résolus de faire commencer le traitement dès le début des premiers symptômes de la maladie, et d'en surveiller de près l'exécution. A la même époque que les années précédentes retour de la maladie, que j'attaque dès le huitième ou le dixième jour, M. X... étouffe toutes les nuits depuis trois jours ; il prend régulièrement ses lavements gazeux de un litre chaque, un le matin, un le soir. Après douze jours de traitement je lui fais tout abandonner.

Depuis ce temps-là rien n'a reparu.

Je ne rapporte pas les autres cas qui ont été trop peu suivis pour présenter des garanties suffisantes ; mais qui, joints au cas précédent, m'ont déterminé à communiquer ces quelques réflexions et d'où je crois pouvoir conclure :

1° Le Hay-Fever est une maladie indépendante de l'asthme ordinaire.

2° Il est dû à l'érection de la muqueuse nasale.

3° La meilleure médication à lui opposer est la médication carbonique décrite plus haut.

Dr DE LAMALLERÉE
(de Varennes-sur-Allier).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Indemnité en cas de maladie.

La question d'indemnité en cas de maladie a-t-elle été sérieusement étudiée par les sociétés locales auxquelles elle avait été soumise ? — Il est permis d'en douter. Quelques sociétés ont certes envoyé des projets sérieux et dignes d'être pris en considération ; mais d'autres bien plus nombreuses se sont bornées à émettre des vœux plus ou moins vagues et quelques-unes enfin paraissent n'y avoir rien compris du tout

Dans son rapport à l'Assemblée générale, le Dr Lereboullet s'est efforcé de résumer toutes les opinions émises : la tâche était ardue et, quel que soit le talent déployé par l'honorable rapporteur, son travail s'est ressenti forcément de la confusion des documents qu'il avait à résumer. Aussi, ce rapport lu, peut-on se demander si, pendant cette année d'études, la question a fait un pas au point de vue pratique.

Le Conseil général, lui-même, a-t-il une idée sur la question ? c'est peu probable, car à chaque instant nous le voyons parler d'assistance, d'augmentation de cotisation, etc.., etc.., toutes choses qui n'ont rien de commun avec les projets proposés. Sans doute le Conseil, qui avait l'intention bien arrêtée de se récuser, ne s'est pas donné une peine inouïe pour élucider la question ; il aurait pu, cependant, en signalant une quelconque des organisations proposées, ne pas se borner à des critiques et montrer aussi les avantages.

En effet, si l'un des projets, celui qui pouvait paraître le plus pratique, avait été étudié à fond, les intéressés auraient pu se rendre un compte plus exact de ce qui est demandé, auraient eux aussi étudié la matière et ultérieurement formulé un avis plus éclairé.

Ce que le Conseil général n'a pas fait, nous croyons devoir le faire. Nous prenons donc le projet qui nous semble le plus simple et nous allons en exposer l'économie générale dans la forme la plus succincte.

Nous supposons le principe admis : une indemnité doit être accordée au médecin, lorsque, malade, il ne peut plus se livrer à l'exercice de sa profession. Mais il est bien entendu que, pour avoir droit à cette indemnité, il doit, de son côté, consentir aux sacrifices nécessaires. On ne fait rien avec rien.

Nous demandons que le Conseil général de l'Association gère la caisse de cette assurance contre la maladie ; mais il est bien entendu aussi que cette caisse est distincte de celle de l'Association générale proprement dite : les fonds de secours ne devront jamais être confondus avec ceux que la prévoyance aura fait verser dans ce but déterminé, *l'indemnité en cas de maladie.*

Ces deux réserves font tomber immédiatement la plupart des objections que renferme le rapport du Dr Lereboullet et qui, en vérité, nous ont quelque peu étonné.

Nous ajouterons que la participation à l'assurance maladie ne saurait être obligatoire pour personne et que ceux-là seuls prendront un engagement qui croiront la chose avantageuse. Nous ne voyons donc pas qui pourrait être lésé d'une façon quelconque par l'organisation nouvelle.

L'Association générale a une force et une autorité morale qui la désigne immédiatement pour prendre en main une organisation qui lui est moins étrangère qu'on veut bien le prétendre, puisqu'elle s'intitule société de prévoyance ; mais jamais personne n'a songé à la détourner du but qu'elle a poursuivi jusqu'à présent. On lui demande de faire une autre chose en plus, mais non de renoncer à ce qu'elle a fait jusqu'ici.

Ceci posé, voici comment nous comprendrions le fonctionnement pratique :

Les Bureaux des sociétés locales recevraient les adhésions, ils percevraient les cotisations des adhérents et les transmettraient à la caisse centrale. Nous pensons en effet qu'il ne doit y avoir qu'une seule caisse et que la cotisation doit être réglée d'une manière uniforme (1). De ce côté donc aucune difficulté.

Un médecin adhérent tombe-t-il malade ? Il écrit au Bureau de sa société locale qui fait faire les constatations nécessaires et qui, à la fin de la maladie, adressse à l'intéressé un chèque payable

(1) Cette cotisation sera-t-elle la même pour tous ; variera-t-elle avec l'âge de l'adhérent ? ce sont des points secondaires à examiner. L'important est que tous ceux qui se trouvent dans des conditions identiques fassent un versement identique et que tous les versements soient centralisés dans une caisse unique.

sur la caisse centrale. Pas davantage de difficultés.

Qu'une telle organisation subisse des modifications de détails plus ou moins grandes, elle n'en restera pas moins excessivement simple et pratique. Aussi la recommandons-nous à l'examen de nos confrères. Si, admise d'une manière générale, elle était présentée avec les règlementations variables qu'elle comporte par la majorité des sociétés locales, la question serait singulièrement avancée.

Avant tout, en effet, il faut s'entendre, et, pour arriver à cette entente, il ne faut pas que l'un dise *secours*, quand l'autre dira *indemnité de droit*, que l'un parle *d'augmentation de la cotisation*, quand l'autre parlera de *versement spécial*. Enfin, tout le monde sachant que la chose n'est pas obligatoire, on y gagnera peut être que ceux qui se désintéressent de la question pour eux-mêmes ne viennent pas s'opposer à la création d'une organisation que leurs voisins jugent utile et avantageuse.

(*A suivre*). Dr A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

Huitième année. — Trentième séance.

Le mardi 18 mars 1890, à 2 heures, les membres du Syndicat se sont réunis à Braisne.

Présents : MM. Dulieu, Ancelet, Bracou, Faille, Gaillart, Henrionnet, Mamichon et Lécuyer.

Représentés : Loysel, Herbillon, Pichancourt et Préaux.

M. Bracou, président, s'exprime ainsi :

« En acceptant le grand honneur d'être votre président je vous demande de reporter sur moi une partie de la sympathie que vous avez constamment témoignée à mon prédécesseur et excellent ami, le Dr Ancelet.

Quel est, chers confrères, l'objet de notre syndicat ? C'est l'amélioration morale et matérielle de notre situation, ainsi que la défense de nos intérêts.

Depuis notre fondation, nous pouvons dire que ce but a été atteint.

A l'indifférence, à l'hostilité même d'autrefois, vous avez vu succéder la plus franche cordialité. Au lieu de l'ancienne concurrence, c'est aujourd'hui la plus parfaite entente qui existe.

Les *sociétés de secours mutuels*, les compagnies d'*assurances contre les accidents* ont appris à compter avec nous et à nous respecter.

Enfin, grâce à l'initiative de mon prédécesseur, la caisse d'assurance contre les maladies a été constituée. Malgré votre petit nombre, elle a montré qu'elle était assise sur des bases solides.

Vous serez sans doute aussi de mon avis, chers confrères, quand j'avancerai que la plus grande partie de nos maux est due à nous-mêmes, à notre négligence à faire rentrer ce qui nous est dû.

Autrefois il me paraissait excessif de donner les notes tous les ans, et comme bien d'autres je ne pouvais me décider à le faire sans rougir et sans m'y être repris à plusieurs fois. Eh bien ! c'est maintenant une habitude prise et aujourd'hui, après 27 années de pratique, je n'y pense plus.

Il y a à faire mieux, c'est d'arriver à la période de six mois, et je sais qu'un de nos confrères du syndicat se trouve très bien de cette manière d'agir. Soyez convaincus d'une chose, c'est que *plus* les notes sont *anciennes*, plus elles sont *grosses*, moins on les paye. Cette réforme est mon programme de cette année (je voudrais même arriver à 3 mois). Elle n'est pas irréalisable, donc mettons à l'ordre du jour la modification du règlement en ce sens pour la prochaine séance. Soyez persuadés que les esprits s'y habitueront et quand l'habitude sera prise, j'aurai au moins la satisfaction d'avoir apporté ma pierre à l'édifice que nous construisons. » (Applaudissements.)

Le secrétaire s'exprime ainsi :

« Chers confrères, nous voici arrivés au commencement de notre huitième année et à la trentième séance du syndicat.

Cette année a été particulièrement calme ; continuons à rester unis : notre profession est plus que toute autre en butte à toute espèce de concurrence déloyale et nous ne pouvons y résister que par l'union de plus en plus intime.

Vous avez appris que notre délibération tendant à empêcher le comte de Bruc d'exercer la médecine en France, transmise au bureau de l'*Union des Syndicats*, a été approuvée et le ministre a retiré audit charlatan le droit d'exercer.

Notre caisse d'assurances est en très bon état et fonctionne bien. Vous savez que la question a été posée à l'Association générale qui l'a renvoyée à l'étude des sociétés locales.

J'ai le plaisir de vous annoncer que sur mon initiative et mon rapport, la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, a adopté les principes de notre caisse.

La Société de Saint-Quentin, sur un rapport du Dr Surmay, a également adopté le principe de la fondation d'une caisse d'assurances contre la maladie.

Deux faits importants se sont passés cette année au point de vue de l'existence légale des Syndicats. Le premier consiste en une circulaire du garde des sceaux demandant aux associations et aux syndicats de médecins leur avis sur les tarifs médico-légaux ; nous aurons à délibérer tout à l'heure à ce sujet.

Le deuxième consiste en un jugement de la 9e chambre correctionnelle (Président Toutée). Un M. Cadot qui avait créé un syndicat de professeurs libres était poursuivi pour infractions à la loi sur les syndicats professionnels. Le tribunal a acquitté le sieur Cadot avec des considérants très remarquables.

Voici les principaux :

Attendu que les mots « économiques, industriels, commerciaux, agricoles » doivent être compris comme ayant chacun un sens propre ;

Que les mots *commerciaux, agricoles et industriels* ne doivent pas être tenus comme l'explication du mot *économiques* qui les précède ;

Qu'il est hors de doute qu'en dehors des intérêts agricoles, commerciaux et industriels, il existe des intérêts purement économiques qui ne sont ni agricoles, ni commerciaux, ni industriels ;

Attendu que le rapporteur de la loi devant le Sénat disait encore : « En un mot, toute per-

sonne qui exerce une profession aura le droit de se servir de la nouvelle législation, etc., etc.

Cette curieuse décision contraire à la jurisprudence jusqu'alors adoptée va probablement être soumise aux cours supérieures. Si celles-ci l'adoptaient, il n'y aurait plus aucune profession, *même libérale*, qui pourrait être exclue du droit de se syndiquer, et ce serait justice, comme on dit au Palais.

En finissant, permettez-moi, chers confrères, de reporter sur le Syndicat tout entier, l'honneur de deux nominations qui m'ont comblé : la première celle de *secrétaire adjoint de l'Union des Syndicats*, la deuxième celle de *chroniqueur professionnel* de l'*Union médicale du Nord-Est*.

Continuons à travailler ensemble, nous avons maintenant à Reims et à Paris, deux organes qui défendront en tous temps les droits et les privilèges du corps médical. » (Applaudissements.)

Tarifs médico-légaux. Sur la proposition du président, le Syndicat adopte les propositions du Dr Carrière.

(Voir *Concours médical* du 1er février 1890.)

M. Lécuyer demande en outre que pendant l'exercice de la médecine légale, le médecin soit considéré comme un fonctionnaire public protégé part l'art. 23 du code pénal ; qu'en cas d'accident il soit indemnisé, et qu'en cas de mort sa femme ait une pension. Adopté.

Le *Président* expose qu'un membre qui a exercé plus d'un an sans diplôme et s'est fait condamner pour exercice illégal, après avoir eu son diplôme, a continué d'exercer, mais qu'il vient de partir, sans donner son adresse, et pour causes ; qu'il a refusé de payer ses cotisations.

Il propose de lerayer des membres du Syndicat. Adopté.

Il propose l'acceptation comme membre titulaire du Syndicat et de la caisse d'assurances le Dr *Lefèvre*, de *Fismes*. Adopté.

Le secrétaire expose deux faits relatifs au *secret médical*.

(Voir *Concours médical* du 12 avril 1890.)

Le Syndicat, après en avoir délibéré, approuve à l'unanimité la conduite de MM. *Herbillon* et *Faille*, et déclare qu'ils ont fait tout leur devoir.

La prochaine séance aura lieu en juin à *Villers-Cotterets*.

La séance est levée à 4 heures.

Le secrétaire perpétuel
Dr A. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne).

REPORTAGE MÉDICAL

Les pharmaciens-médecins. — La Chambre sera bientôt saisie du projet de M. Chevandier. Un de ses articles porte : « Les médecins ont le droit de s'associer sous le bénéfice de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels. »

On annonce que, malgré l'arrêt de la cour de cassation qui a refusé ce bénéfice aux médecins, 150 pharmaciens munis du diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, avaient résolu de se constituer en syndicat professionnel, distinct de celui des pharmaciens qui n'ont pas les deux diplômes. Ils ont fait, conformément à la loi de 1884, leur déclaration à la préfecture de la Seine. Celle-ci a refusé de l'admettre. Le ministre du commerce, M. *Jules Roche*, consulté, a fait savoir aux intéressés que la jurisprudence de la cour de cassation devait être respectée et qu'ils devaient attendre le vote par les Chambres de la proposition *Chevandier*.

Nos confrères peuvent néanmoins s'associer en syndicat comme les cent syndicats fondés en France par le *Concours médical*. Ils vivent depuis 1885 et bénéficient d'une tolérance bien facile à comprendre, puisque tous les sénateurs, tous les députés, qui ont fait la loi de 1884, ont déclaré, depuis cette époque, qu'ils avaient voulu accorder le bénéfice de leur loi à toutes les professions libérales, et notamment aux médecins.

Aucun gouvernement n'aurait la pensée d'inquiéter dans leur fonctionnement les Syndicats médicaux, et à chaque instant les administrations les consultent.

Les pharmaciens-médecins, qui, dit le *Temps*, voulaient fonder un *Institut scientifique de pharmaciens-médecins*, vont s'organiser en syndicat sous un titre, qui, tout en rappelant leur double diplôme, sera accepté par l'administration.

Pourquoi cet institut ? Pourquoi ce syndicat spécial?

Ces Messieurs veulent-ils réclamer contre l'article du projet Chevandier qui déclare qu'ils ne peuvent exercer simultanément les deux professions de médecin et de pharmacien ?

— Une autre réunion d'une vingtaine de médecins a eu lieu ces jours derniers dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique sous la présidence, croyons-nous, de M. le Dr Bourneville. On nous affirme que ces confrères veulent faire une agitation en vue d'obtenir, pour tout médecin, le droit de délivrer des médicaments à ses malades. Nous supposons qu'en revanche, ils concèdent aux pharmaciens et au public aussi, le droit d'exercer la médecine. Notre principe dans ces questions a toujours été « le médecin ne fait que de la médecine ; le pharmacien que de la pharmacie ». Nous sommes d'avis que le rôle de ce dernier, au lieu de s'abaisser, s'élève chaque jour, puisque la mode est aux médicaments très actifs et que, comme le médecin, il ne doit aspirer qu'à régner dans son empire. Nous ne parlons pas, bien entendu, de la pharmacie de campagne, dont la loi permet l'exercice au médecin éloigné d'une officine. En conséquence, si nous sommes bien renseigné sur le but poursuivi par nos confrères, nous serions curieux d'entendre M. le Dr *Philbert* exposer devant ses collègues du *conseil général des sociétés d'arrondissement*, les raisons qui l'ont fait s'associer à cette campagne. Elle n'aura sûrement pas l'assentiment d'un grand nombre de médecins qui se contenteront d'exercer de leur mieux la profession assez vaste pour laquelle ils sont diplômés.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical. Fécondation artificielle, etc., par le Dr Lutaud, 1 vol. de 228 pages avec 50 figures. Prix : 3 fr. 50.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 19 10 Mai 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La poudre d'aristol contre les ulcérations épithéliomateuses.

Le Dr *Brocq*, ayant à soigner un vaste épithélioma ulcéré de la face et n'ayant obtenu aucun résultat avec les topiques usités d'ordinaire, a vu la cicatrisation s'accomplir sous l'influence d'un nouveau médicament, l'aristol.

Après vingt jours de traitement, les résultats sont réellement remarquables et bien supérieurs à ceux que peuvent amener les autres topiques : chlorate de potasse, iodoforme, iodol, salol, résorcine, etc. L'aristol ne provoque pas de douleur, comme le chlorate de potasse ; il n'a pas d'odeur et ne peut faire craindre une intoxication, comme l'iodoforme. Y aura-t-il récidive ? on ne peut encore rien dire. D'ailleurs ce n'est point là un traitement héroïque de l'épithélioma, même superficiel; l'aristol est seulement remarquable par ses propriétés cicatrisantes; il ne pourrait s'employer ni dans l'épithélioma profond, ni dans l'épithélioma des muqueuses.

M. Brocq a également essayé l'action de l'aristol sur les syphilides tertiaires ulcérées, sur les ulcérations tuberculeuses et les effets ont été excellents. Sur les ulcères de jambe l'action cicatrisante est la même que celle de l'iodoforme et du sous-carbonate de fer.

Sur le psoriasis et le lupus non ulcéré, les résultats ont été peu satisfaisants, quoi qu'en aient dit certains dermatologistes allemands.

Chimiquement, l'aristol est un biiodure de dithymol ; il se présente sous forme d'un corps amorphe, rouge brun, inodore.

Il est insoluble dans l'eau, la glycérine, peu soluble dans l'alcool, soluble dans l'éther et le chloroforme ; il se dissout aussi dans les huiles grasses.

Il a été préparé pour la première fois par MM. Messinger et Vortmann.

On peut l'employer en poudre ou en pommade.

La fièvre palustre à Paris.

La plupart des cas de fièvre intermittente que l'on rencontre à Paris sont d'origine extérieure. Cependant l'affection peut se développer dans l'enceinte même de la ville, même en l'absence de grands bouleversements de terrain.

Le 24 mars dernier, M. *Comby* eut à soigner un enfant de 14 mois, nourri au sein et d'une bonne santé antérieure; six semaines auparavant, vers 5 heures du soir, cet enfant fut pris d'un accès paludéen qui dura douze heures : d'abord une première phase de pâleur, de refroidissement, dont la durée fut de trois heures et qui représentait le stade de frisson des adultes ; 2° une phase de réaction fébrile, bientôt suivie d'un flux pituitaire très abondant, remplaçant le stade des sueurs. L'enfant eut en outre quelques secousses convulsives.

Huit jours après, nouvel accès ; trois jours plus tard, troisième accès et ainsi de suite jusqu'au cinquième.

Malgré l'apyrexie et l'absence de phénomènes généraux pendant les périodes intermédiaires, la santé s'altéra ; l'enfant maigrit.

La rate était sensible à la percussion sur une hauteur de 9 cm. et sur une largeur de 5 cm. ; son extrémité inférieure dépassait de 3 cm. le bord de la dernière côte.

On devait donc songer à l'impaludisme.

L'enfant né à Paris ne l'a jamais quitté. Depuis sa naissance ses parents habitent la rue des Ecluses-Saint-Martin, près du canal ; sa mère le promenait souvent sur les quais. Or pendant les mois de janvier, février et mars, le canal a été vidé à plusieurs reprises et transformé en une sorte de marécage. Il y avait donc là un véritable foyer d'infection.

M. Comby a déjà vu, d'ailleurs, à La Villette, chez les riverains du canal de l'Ourcq, plusieurs cas d'impaludisme qui prouvent que l'affection peut se développer à Paris.

Tous ces cas ont été guéris par le sulfate de quinine.

M. *Balzer* dit à ce propos qu'on a vu de tout temps des cas de fièvre intermittente dans le quartier de l'hôpital Saint-Louis, et même dans l'hôpital, notamment sur les internes.

M. *Netter* a été une des victimes, en 1878. Il n'est pas douteux que le canal Saint-Martin ne constitue un foyer d'infection. On en trouverait une nouvelle preuve dans un cas de fièvre intermittente, qui s'est développé dans des conditions identiques à celles qu'indique M. Comby, et que M. Netter soigne en ce moment à Lariboisière.

M. *Laveran* n'est pas tout à fait édifié sur la réalité de l'impaludisme dans le cas observé par M. Comby; la fièvre intermittente peut se développer à Paris, mais cela est rare.

Il est d'ailleurs très rare, même en Algérie, de voir la fièvre intermittente se montrer pour la première fois en hiver. De plus, ces accès revenant tous les huit jours constitueraient une forme bien singulière de l'affection. Enfin, comme l'examen du sang n'a pas été fait, on doit conserver quelques doutes, malgré l'efficacité du sulfate de quinine.

M. *Dumontpallier* ayant demandé à M. Laveran s'il avait eu l'occasion d'observer des hématozoaires dans le sang de malades ayant pris leurs fièvres à Paris, l'éminent professeur du Val-de-Grâce a dit n'avoir observé que des malades ayant contracté leur affection en Afrique ou aux colonies. Mais à Berlin les parasites ont été trouvés dans des cas développés à Berlin même.

Le café vert dans les affections du foie, les coliques hépatiques et le diabète.

Un médecin de Barbaste, le Dr *Landarrabilco*, dès 1886, avait attiré l'attention sur le café vert envisagé au point de vue de ses applications thérapeutiques dans la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques et la migraine.

Depuis cette époque, il a employé le café vert assez fréquemment et avec assez de succès pour l'engager à faire connaître le résultat de sa pratique. Le café qu'il emploie est un mélange ainsi composé :

Martinique..............	1 demi.
Moka................	1 quart.
Bourbon..................	1 quart.

On mêle le mieux possible ces trois espèces de café et on en fait des paquets de 25 grammes chacun. On met le soir dans un verre rempli d'eau ces 25 grammes de café mélangé, on couvre le verre le mieux possible et on laisse macérer pendant dix à douze heures au plus.

Le matin, remuez le contenu du verre, passez le liquide pour le débarrasser des grains de café et faites boire à jeun, froid et sans sucre, le produit de cette macération. On peut manger peu de temps après.

Sulfonal dans la chorée.

John A. Jeffries (Med. News, et Nouveaux Remèdes), rapporte 10 cas de chorée (5 premières attaques, 5 récidives) traités par le sulfonal. Sur les premiers 5 cas, on avait échoué dans 2 avec l'arsenic, dans 2 autres on ne l'a pas essayé. Tous ces 4 cas guérirent après 1 mois de traitement par le sulfonal. Dose : 0 gr. 30 à 0 gr. 90 par jour. Dans le cinquième cas, on fut obligé de donner simultanément du sulfonal et de l'arsenic (liqueur de Fowler, 3 gouttes trois fois par jour). Des 5 seconds cas 3 s'améliorèrent au bout d'un mois, 2 n'ont retiré aucun bénéfice.

Il est nécessaire de joindre dans la plupart des cas l'arsenic au sulfonal, ce dernier n'agissant que sur les mouvements choréiques et n'exerçant aucune influence sur l'état général. Or, les sujets atteints de chorée sont, dans la grande majorité des cas, fortement anémiés et ont besoin d'une médication tonique : voilà pourquoi l'arsenic leur est si utile. En tout cas, l'auteur recommande vivement le sulfonal dans la chorée : aucun des thé-

---

FEUILLETON

Sur les bancs des écoles (1).

(*Suite.*)

L'étude achevée l'on gagne le réfectoire en silence ! On déjeune.... en silence ! On se rend en classe.... en silence ! Puis, nouvelles études, dîner... *dans le plus profond silence* !! classes, etc., etc., pour recommencer le lendemain.

Parlons d'abord de ce fameux silence. Pourquoi l'exiger si rigoureux ? j'en cherche vainement les avantages. Je voudrais permettre la causerie toutes les fois qu'il n'y aurait pas d'inconvénients, c'est-à-dire *toujours* excepté pendant les heures d'études et de classes.

Mais où ce silence devrait être à jamais aboli, ce serait pendant les repas ; à ce moment, non seulement il est absurde, il est nuisible. Le principal repos précède la récréation. Plus on reste à table, moins on reste dans les cours.

Partant de là, l'élève se hâte de manger vite, il avale sans mâcher, et si les indigestions sont relativement rares chez lui, il le doit à la complaisance de son jeune estomac. Plus tard, par suite de cette habitude prise, il payera cher peut-être cette précipitation; demain ce même enfant revient dans le monde, et, chose bizarre, s'il restait pendant tout un repas mangeant vite et ne prononçant pas une parole, on le traiterait de glouton et d'idiot ! Alors, à quoi bon lui présenter comme qualité ce qui sera plus tard traité de défaut ?

Laissez donc causer les élèves ; par la force des choses (car on ne peut parler et avaler en même temps) la mastication, l'insalivation s'opéreront d'une façon plus complète, plus régulière. L'écolier mangera plus et mieux.

Toujours à propos de repas, il y aurait dans celui du matin et dans celui du soir des modifications à opérer.

Le premier a lieu vers huit heures, lorsque l'élève est déjà debout depuis trois heures. Servir du Virgile ou de l'Homère à un estomac vide n'est peut-être pas un moyen bien pratique de le satisfaire. Il serait plus logique, surtout par les temps froids, de commencer par lester un peu l'enfant !

Le soir, au contraire, le repas terminé, on gagne le dortoir. Des inconvénients à se coucher ainsi en pleine digestion, les règlements universitaires n'ont cure.....

Cependant une demi-heure de récréation après le souper, une promenade, un peu d'exercice favoriseraient le travail stomacal, auraient au moins l'avantage de réchauffer des pieds toujours froids après trois heures d'immobilité complète.

(1) Voir le numéro 16 du 19 avril et le numéro 18 du 3 mai.

dicaments usités dans cette maladie (l'arsenic excepté) n'est, dit-il, suivi d'amélioration si franchement accusée.

Cas de tétanos traumatique guéri par la paraldéhyde.

A. Nevsky rapporte un cas de tétanos traumatique chez un homme de 21 ans (trismus, contracture des muscles de l'abdomen, hyperesthésie sensorielle, etc.), qu'il a traité avec succès par la paraldéhyde, à la dose de 6 à 12 grammes par jour. Préalablement il a essayé les autres médicaments usités, mais sans résultat aucun. Le malade guérit après avoir absorbé, en douze jours, jusqu'à 110 grammes de paraldéhyde environ. Cette observation vient donc à l'appui de l'opinion émise par *Ignatieff* sur l'utilité de la paraldéhyde dans le traitement du tétanos.

Influence de l'opium, de la morphine et de la codéine sur la digestion stomacale et la quantité d'acide chlorhydrique chez les sujets bien portants.

A. Abutkoff (thèse de Saint-Pétersbourg, 1890) a entrepris des expériences d'où il conclut que l'opium ralentit la digestion. Il diminue la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Il diminue l'acidité générale du suc gastrique presque parallèlement à la diminution de l'acide chlorhydrique. La diminution de l'activité digestive est due uniquement à l'acide chlorhydrique diminué, la pepsine n'étant pas modifiée par les opiacés. Il n'exerce aucune influence sur la présure et ne modifie en rien l'absorption stomacale.

La morphine et la codéine agissent sur la digestion comme l'opium, mais leur action est beaucoup plus faible.

D'après leur influence dépressive sur la digestion stomacale, les opiacés peuvent être classés dans l'ordre suivant : opium, morphine et codéine.

L'auteur conseille de n'administrer les opiacés que 2 à 3 heures après les repas, surtout à des personnes ayant la digestion difficile ; quant à celles qui sont atteintes d'hypersécrétion de l'acide chlorhydrique, il faut les leur prescrire pendant les repas.

Pilocarpine dans l'empoisonnement par la belladone.

Appelé chez une femme 4 heures après qu'elle avait pris par erreur une cuillerée entière de liniment de belladone au lieu d'une mixture, et la trouvant dans un état très alarmant (convulsions, dilatation extrême des pupilles, perte complète de connaissance, membres froids, pouls filiforme, etc.), *William Mac Gowan* (*Brit. med. Journ.*, 1890), essaye d'abord de la faire vomir par une injection sous-cutanée d'apomorphine. Ayant échoué, il lui lava l'estomac, mais les liquides retirés ne sentaient pas la belladone. Il lui injecta alors 0 gr. 02 de pilocarpine, et la malade se rétablit un peu. Cinq heures plus tard, nouvelle injection de 0 gr. 02 de pilocarpine. En même temps administration de café chaud, sinapisme, flagellation, etc. La malade guérit complètement, quoique pendant une semaine entière elle se sentît très faible. Il est à remarquer que l'injection de la pilocarpine était à peine suivie d'une légère moiteur du corps. L'auteur est assuré que le rétablissement de la malade est uniquement dû à la pilocarpine, qui contrebalança les effets de la belladone déjà absorbée à l'arrivée du médecin (absence d'odeur de la belladone dans le contenu stomacal retiré par la sonde et phénomènes toxiques très prononcés).

Passons aux études. Dans tout collège l'on compte de dix à onze heures de travail par jour ! En bonne hygiène cinq à six heures (jamais plus de deux heures consécutives) devraient être un maximum. Pas de classes, pas d'études au milieu du jour pendant l'été, moins d'écritures et de copie. Toute fatigue intellectuelle trop grande a, chez les enfants, des effets immédiats, ou plus tard, engendre une grande excitabilité nerveuse, souvent de véritables névroses.

Un autre ennui pour l'élève qui va d'une école dans l'école voisine est le changement de livres classiques.

Avec la facilité actuelle de déplacements, les changements de résidence sont fréquents. Tel employé, tel fonctionnaire aujourd'hui à Marseille, sera demain à Rennes, etc.

Naturellement, si le ciel l'a doté d'un fils, ce fonctionnaire est obligé de conduire avec lui cet héritier.

Pourquoi tous les collèges n'adopteraient-ils point la même histoire, la même géographie, la même arithmétique, etc. ?

VI

Après avoir parlé du travail, parlons des délassements.

Otiare quo melius labores, dit une des règles du vieux rudiment de Lhomond.

Il n'y a rien de si mal distribué que le repos et les amusements dans un collège. Sur dix à onze heures de travail, une heure et demie, deux heures passées au milieu d'une cour dans une immobilité à peu près complète ne constitueront jamais un délassement sérieux.

Pour suppléer à ce manque d'exercice, on a recours à la gymnastique. C'est fort bien ; mais, on a fourré de la gymnastique partout. Eh bien ! Je soutiens qu'une bonne course, une bonne partie de barre en pleine campagne, au grand air, feront toujours plus pour la tonification générale que tous les appareils.

« Les engins, dit le colonel Dock, nous les avons presque tous supprimés. Les exercices ou appareils ont été remplacés par des jeux ; et, depuis cette époque, *mes enfants sont plus droits, plus forts et plus gais*. »

Que dire de ces promenades fastidieuses qui, dans les grandes villes, n'ont pas même l'avantage de vous offrir un moyen de respirer l'air pur de la campagne. Vous n'avez point atteint les limites de la cité, qu'il faut déjà songer au retour.

Outre les promenades, les récréations, il y a encore : les congés, les sorties, les vacances, qui ont progressé d'une façon vraiment inquiétante.

Evidemment il y a grand abus ! donnez quinze jours au milieu de l'année, deux mois, trois mois aux grandes vacances.

La saison consacrée aux vacances est des plus mal choisie. C'est la période des grandes chaleurs (celle

MÉDECINE PRATIQUE

Dyspepsies douloureuses et gastralgies (*fin*).

(*Hyperacidité gastrique par fermentation ou par hyperchlorhydrie aiguë ou chronique.*)

Les causes de la gastralgie vraie sont nombreuses ; il est indispensable de les analyser dans chaque cas particulier, si on veut soulager le patient.

Tantôt la douleur a pour siège la muqueuse gastrique elle-même, mise en contact direct avec un irritant ; tantôt les nerfs de l'estomac souffrent comme peuvent le faire tous les autres nerfs, parce qu'ils reçoivent un afflux sanguin insuffisant (anémie), ou que le sang qui les baigne charrie des substances irritantes ; enfin, dans des cas bien rares, la contractilité exagérée de la tunique musculaire est douloureuse au même titre que d'autres contractures. Ces divers modes pathogéniques peuvent se combiner, ainsi quand l'irritation de la muqueuse produit la contracture du plan musculaire ou des orifices.

La gastralgie existe donc dans les maladies générales sans trouble fonctionnel des voies digestives ; elle existe plus souvent dans les dyspepsies, donnant à certaines d'entre elles le caractère de dyspepsie douloureuse. J'emploie ici le mot dyspepsie dans son acception la plus vaste, sans le restreindre, comme l'a proposé M. G. Sée, aux troubles chimiques de la digestion gastro-intestinale.

Je ne m'appesantirai pas sur les gastralgies de cause générale, celle des anémiques, des chlorotiques, des hystériques, des phtisiques, des goutteux, des impaludiques, celles qui sont symptomatiques des affections utérines ou d'autres lésions des organes génitaux de l'homme (varices spermatiques) ; je me contenterai de dire que la gastralgie pure, indépendante de toute manifestation dyspeptique chez ces malades, est en somme plus rare qu'on ne le dit. Quand on les interroge minutieusement, on arrive très souvent à démêler que chez eux la gastralgie est autre chose qu'une névralgie qui se manifesterait du côté des nerfs de l'estomac comme elle le fait dans d'autres cas du côté d'une paire intercostale ou d'un trijumeau. Cette considération n'est pas sans importance pratique, car, lorsqu'on aura pu se convaincre que chez telle chlorotique ou tel goutteux la gastralgie est bien liée à un trouble fonctionnel de la sécrétion ou de la musculature gastrique, on aura plus d'égards pour l'estomac lui-même dans la thérapeutique instituée. On ne mettra pas uniquement sa confiance dans l'administration du fer et du quinquina à la chlorotique ; on ne donnera pas, comme je l'ai vu, du vin de colchique au goutteux, dans l'espoir de faire disparaître ainsi leur gastralgie ; mais on soignera la dyspepsie douloureuse de chacun d'eux suivant la manière convenable — nous en reparlerons tout à l'heure — et c'est ainsi qu'on aura souvent les meilleurs résultats.

Une première catégorie de dyspepsies douloureuses comprend celle qui est causée par l'usage ou l'abus d'ingesta irritants, soit au moment des repas, soit dans leur intervalle. L'irritation directe de la muqueuse gastrique non lésée antérieurement par une substance alimentaire ou médicamenteuse est la plus simple et la plus facile à faire disparaître des gastralgies.

Parmi les aliments, boissons ou condiments, dont l'usage ou l'abus cause le plus de gastralgies dans notre pays, il faut citer les légumes crus (radis, concombres, artichauds crus, salade), pour lesquels bon nombre de personnes ont une appétence particulière ; ces crudités sont compliquées d'ordinaire d'un assaisonnement irritant pour sa part (vinaigre, poivre, moutarde, cornichons). Il ne faut pas oublier que l'acide acétique est très caustique, que l'acide pyroligneux l'est encore plus.

---

où l'on travaille le moins) qu'il faudrait choisir pour renvoyer les élèves chez eux.

Je ne vois guère non plus l'utilité de ces fameux devoirs que l'on impose aux élèves à leur sortie du collège. Huit jours avant la rentrée on les bâcle tant bien que mal et tout est dit.

Une dernière question nous reste à examiner, celle du costume.

A l'intérieur le collégien porte l'habit qui lui convient. En hiver de nombreux dérangements d'entrailles n'ont d'autres causes que le défaut d'être trop légèrement habillé pendant le jour, trop légèrement couvert pendant la nuit.

Mais ce dont le collégien ne peut se plaindre, c'est de la légèreté de son costume. S'il est un vêtement fait en dehors de toutes les règles de l'hygiène, c'est assurément l'uniforme de nos lycées.

Le képi ne garantit ni de la pluie, ni du vent, ni du soleil, ni du froid. La visière trop étroite ne protège en rien les yeux, et c'est en vain que, pour arriver à ce résultat, on l'a modifiée d'une façon grotesque !

La tunique est à elle seule tout un supplice. A peine supportable en hiver, elle devient intolérable en été !

Est-il permis, par 30 à 40 degrés de chaleur, d'envoyer, ainsi bouclés, des enfants créés pour sauter et gambader, se promener sur une route poudreuse et brûlante ? Ne serait-il pas logique de remplacer cette tenue pseudo-militaire par quelque chose de plus pratique ? Un costume en drap pour l'hiver, en toile pour l'été ? Un costume dans lequel l'écolier ne soit pas comme dans un étau.

Le sujet qui nous occupe comporterait un développement plus considérable encore ; il est une foule de détails que nous avons passés sous silence, les colonnes du *Concours* étant de beaucoup trop restreintes. Les réformes à opérer sont nombreuses, puissent-elles s'accomplir dans un avenir prochain.

Dr A. Barry.

Notre distingué confrère sait, comme nous, que ses réclamations ont été exposées à bien des reprises et que l'*Université*, la *Ligue pour l'éducation physique* ont adopté nombre de réformes accomplies ou en préparation. Il sait aussi que les excès qu'il signale ne se rencontrent pas partout ; son excellent plaidoyer aura, lui aussi, ses résultats. (N. de la R.)

Puis viennent certains fruits crus insuffisamment mûrs, la pomme, la groseille à maquereaux, auxquels il faut songer à propos des crampes d'estomac des jeunes filles et des enfants.

Une importante mention est due à la classe des alcools, depuis le vin ordinaire de table frelaté jusqu'aux vins dits médicamenteux, en passant par toute la série des liqueurs plus ou moins digestives et des alcoolats réputés stomachiques. Je suis un ennemi résolu de l'alcool en tant qu'aliment d'un usage régulier ; merveilleux médicament dans beaucoup de maladies aiguës, il devrait être banni presque absolument de la thérapeutique des maladies chroniques. Combien de gens transforment une dyspepsie atonique en dyspepsie douloureuse par l'usage intempestif d'un verre de vin de quinquina, d'un verre de cognac pris après le repas pour activer la digestion... d'après le conseil du médecin trop souvent, et par le fameux alcoolat appelé *eau* de mélisse, par analogie avec l'eau-de-vie ! Combien de fois il suffirait de supprimer tout cela pour faire disparaître les symptômes douloureux d'une dyspepsie !

Cela est banal, dira-t-on, et cependant trop souvent le médecin néglige d'avertir assez énergiquement le malade de l'inconvénient de ces habitudes alimentaires ; il y a des malades qui continuent de bonne foi à faire usage d'un reméde conseillé temporairement, comme cette dame dont me parlait un jour mon maître, M. Siredey : il l'avait soignée assez longtemps auparavant pour des métrorrhagies trés abondantes, et à cette époque, avait prescrit l'usage temporaire de l'alcool à dose assez élevée ; elle revint le voir avec des signes non douteux d'intoxication alcoolique. Trouvant le reméde agréable, elle l'avait continué.

Il ne faut pas oublier la gastralgie médicamenteuse, fréquente chez les adolescents qui en sont à leur premiére blennorrhagie et prennent avec furia copahu, cubèbe, etc..

Le plus souvent, l'irritation de la muqueuse gastrique n'est pas le fait de l'aliment tel qu'il est ingéré, mais bien des modifications qu'il subit à la suite d'un séjour prolongé dans le tube digestif. C'est trois, quatre, six heures après le repas que surviennent les douleurs gastralgiques imputables à la production des acides issus de la décomposition des corps gras, acide acétique, butyrique, valérique, caproïque, douleurs précédées ou accompagnées d'éructations aigres. Dans l'atonie gastrique et sous sa forme la plus élevée dans la dilatation permanente de l'estomac, ce symptôme est bien fréquent et il peut être favorisé par la pauvreté du suc gastrique en acide chlorhydrique (hypochlorhydrie). M. Bouchard et moi, nous avons dit que les dilatés avaient habituellement une insuffisance d'HCL, et nous avons basé sur cette manière de voir une interprétation de la facilité avec laquelle le tube digestif des dilatés se laisse infecter par des parasites venus avec les aliments et la salive, leur suc gastrique trop pauvre en HCL n'exerçant plus assez activement son action antiseptique normale. Les nombreuses recherches faites depuis quelques années sur l'analyse chimique du suc gastrique, retiré de l'estomac des dyspeptiques et soumis à l'action des réactifs colorants, ne me paraissent pas avoir infirmé ce que nous avons dit. On a montré, il est vrai, quo l'hyperchlorhydrie peut coexister avec la dilatation, mais non dans la majorité des cas.

Ces recherches sont certainement d'un grand intérêt. On les trouve parfaitement réunies dans la thèse récente de M. Gaston Lyon (1), mais elles n'ont pas encore atteint un degré suffisant de précision et elles réclament un outillage trop compliqué pour qu'il soit possible jusqu'ici d'en faire bénéficier la pratique courante. En se basant sur les résultats obtenus à l'heure présente, on peut fixer ainsi les caractères de la gastralgie imputable à l'hyperchlorhydrie, c'est-à-dire, à la teneur excessive du suc gastrique en HCL ou à son hypersécrétion continue.

On peut répartir en deux catégories les malades chez lesquels on a constaté jusqu'ici l'*hyperchlorhydrie*. Chez les uns, elle est constante et chronique ; chez d'autres, elle est passagère, ne dure que quelques semaines et cède aisément au traitement; enfin, on a attribué à une hyperchlorhydrie aiguë, paroxystique, les crises gastriques de l'ataxie locomotrice et cette névrose à manifestations périodiques, connue depuis Rosbach sous le nom de gastroxynsis ou celui de gastroxie que lui a donné Lépine.

La description de la *gastroxie* est ainsi résumée par Lyon : C'est une affection caractérisée par des crises de céphalalgie et de vomissements acides qui surviennent à des périodes variables, la santé étant parfaite dans l'intervalle de ces crises. Elle se montre le plus souvent chez les personnes qui se livrent à des travaux intellectuels excessifs ; il suffit chez elles de la cause occasionnelle la plus insignifiante pour évoquer la crise douloureuse. Les symptômes cérébraux ou gastriques peuvent ouvrir indifféremment la scène ; le malade est pris d'une céphalée qui augmente rapidement d'intensité et détermine bientôt des douleurs extrêmement vives, ou bien il éprouve une sensation de brûlure au creux épigastrique, comparable à celle que donnerait l'ingestion d'un liquide acide concentré ; céphalée et brûlure stomacale marchent de pair pendant quelques heures, puis surviennent les vomissements. Ceux-ci sont d'une acidité extrême, les malades signalent le passage de gorgées de liquide qui paraissent plus acides que d'autres et les derniers vomissements sont toujours plus acides que les premiers. L'acidité n'est pas toujours due uniquement à l'acide chlorhydrique ; elle peut être due à la présence d'acides organiques en grande quantité. Outre les vomissements et la céphalée, les malades sont atteints d'une soif inextinguible et présentent une vive exaltation cérébrale. M. Lépine a signalé la présence dans les urines de sédiments uratiques abondants. Habituellement l'apparition des vomissements est suivie d'une détente, la céphalée cesse, le calme renaît et le malade s'endort pour se réveiller dispos ; il peut faire à son réveil, sans le moindre inconvénient, un repas copieux, ce qui prouve bien qu'il s'agit uniquement de troubles nerveux. Chaque crise dure quelques heures jusqu'à un ou deux jours ; elles se renouvellent à intervalles variable, si les causes qui leur ont donné naissance continuent à exercer leur influence ; mais si le malade peut se soustraire à ses travaux, s'il fait un séjour à la campagne, les crises cessent pour ne plus revenir. »

Parmi les médecins qui se sont occupés de la gastroxie, les uns ont voulu en faire une sorte de migraine larvée, d'autres ont rejeté cette opi-

(1) L'analyse du suc gastrique. Thèse de Paris,1890.

nion. Pour moi j'ai publié, il y a 6 ans, *Bulletin de la Société clinique de Paris*, une observation de gastroxie dont j'ai pu suivre les péripéties depuis cette époque ; la malade, qui a une dilatation de l'estomac et qui est migraineuse, a ses crises gastroxiques à des intervalles très irréguliers ; ce n'est pas toujours dans les périodes où les signes de dyspepsie sont les plus accentués que les crises gastroxiques sont les plus fréquentes,mais il y a un rapport étroit avec les préoccupations morales. Le liquide acide, rejeté quelquefois en quantité très faible, quelques cuillerées, produit une sensation de brûlure atroce d'abord à l'épigastre, puis le long de l'œsophage, dans la bouche et sur les lèvres, en même temps qu'il existe une céphalée d'une excessive acuité ; j'ai pu m'assurer que l'acidité de ce liquide n'était pas due à l'acide chlorhydrique et d'ailleurs l'alcalinothérapie la plus énergique n'a pas réussi à l'enrayer. C'est tantôt l'hydrothérapie et tantôt l'usage interne du naphtol et du salicylate de bismuth qui met fin pour un temps plus ou moins long aux crises constituées par des accès se renouvelant une à trois fois par jour. — J'ai recueilli deux autres cas analogues, mais sur des malades que je n'ai pu suivre : l'un des deux avait l'estomac dilaté, l'autre avait seulement de la neurasthénie gastrique.

L'*hyperchlorhydrie chronique* peut exister à des degrés variables. C'est un état qui favorise singulièrement la production de l'ulcère rond de l'estomac. Il serait donc très important de pouvoir en faire le diagnostic afin d'y porter remède avant la période d'auto-digestion de la muqueuse par le suc gastrique.

En dehors des procédés d'analyse chimique du suc gastrique, il existe en général, dans les cas bien nets, un ensemble de symptômes assez caractéristiques pour avertir le médecin. Il s'agit de dyspeptiques dont l'appétit est conservé ou augmenté ; qui sont même parfois boulimiques, et accusent surtout le besoin de viande. L'augmentation de la soif est constante : la soif est impérieuse deux ou trois heures après les repas et les boissons n'arrivent pas à la calmer. Immédiatement après les repas, dit Lyon, les malades ressentent une sensation de tension, l'estomac se ballonne ; au bout de trois ou quatre heures, les malades éprouvent une sensation de chaleur au creux de l'estomac et le long de l'œsophage, bien différente du pyrosis ; l'estomac expulse des gaz qui n'ont aucune odeur. Il y a des régurgitations tellement acides que les malades accusent un agacement des dents très désagréable, un malade disait avoir les dents trempées dans le vinaigre. A ce moment l'aspect des malades est caractéristique, ils ne peuvent pas rester en place, les tempes battent, des bouffées de chaleur montent au visage, les battements du cœur s'accélèrent, les pulsations sont au nombre de 80 à 100 par minute et le corps se couvre de sueur, en même temps la soif devient impérieuse.

C'est au milieu de la nuit que l'exacerbation des douleurs est la plus grande. Souvent les malades sont réveillés par la douleur et la sensation de faim ; instruits par l'expérience, ils se sont réservé une collation et peuvent ainsi calmer leurs souffrances, ou bien des vomissements acides se produisent. Les vomissements ne manquent presque jamais ; s'ils se produisent à jeun, ils consistent en un liquide verdâtre, acide ; s'ils surviennent 3 ou 4 heures après le repas, ce sont des matières alimentaires.

Il faut connaître les caractères des urines ; la phosphaturie et la diminution des chlorures en sont les deux traits principaux ; la sécrétion des urines est alcaline aussitôt après le repas et les urines sont troubles à l'émission au point d'effrayer les malades, qui souvent vont pour la première fois consulter à l'occasion de ce symptôme ; le trouble augmente par l'ébullition, il est dû à la présence de phosphates que l'addition d'une goutte d'acide nitrique fait disparaître. En effet, par suite de la sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique, une certaine quantité de soude est mise en liberté et suralcalinise le sang ; elle est éliminée par les reins, d'où alcalinisation de l'urine et précipitation spontanée des phosphates. Lyon fait remarquer que la précipitation des phosphates dans la vessie et peut-être dans les reins peut devenir le point de départ de troubles des voies urinaires.

Les malades hyperchlorhydriques ont le teint terreux, l'œil brillant, les traits tirés ; à la longue ils sont très amaigris et asthéniques. Suivant certains observateurs, la dilatation de l'estomac pourrait être la conséquence de l'hyperacidité gastrique, par l'intermédiaire d'un spasme du pylore, qui s'oppose au passage des aliments, d'une paralysie des mouvements de l'estomac, et d'une entrave apportée à la digestion des substances amylacées par la présence de l'acide chlorhydrique.

Suivant les auteurs qui se sont occupés de l'hyperchlorhydrie, il y aurait plusieurs étapes : dans la première l'hyperacidité ne se montrerait qu'au moment des repas, plus tard l'hypersécrétion d'une gastrique hyperacide serait continue.

A cette période le malade devient particulièrement exposé à l'*ulcère de l'estomac*, du duodénum ou de la partie inférieure de l'œsophage ; il suffit qu'un traumatisme extérieur, ou l'érosion de la muqueuse par un bloc alimentaire ou l'arrêt de la circulation dans un territoire vasculaire par suite de thrombose microbienne (Letulle) amène la mortification d'un fragment de muqueuse (Virchow) ; l'acide chlorhydrique toujours présent digère la partie nécrosée et l'ulcère est constitué.

En résumé, dans les dyspepsies douloureuses, les douleurs reconnaissent comme causes quelquefois un tympanisme excessif et subit, mais le plus habituellement la présence d'acides dans l'estomac ; seulement, tantôt ces acides résultent de fermentations anormales d'origine microbienne qui se produisaient par suite de l'insuffisance d'acide chlorhydrique (hypochlorhydrie), tantôt par excès d'acide chlorhydrique (hyperchlorhydrie).

Quels moyens la thérapeutique nous fournit-elle pour remédier à ces états ?

Au moment de la crise gastralgique, un des meilleurs procédés consiste à faire prendre au malade une poudre inerte, craie préparée, magnésie calcinée, ou quelque peu antiseptique comme le sous-nitrate ou le salicylate de bismuth, délayée dans quelques cuillerées d'eau chloroformée saturée, étendue d'eau de tilleul.

L'acide chlorhydrique, sous forme de solution à 4 gr. pour 1000 (un demi-verre une demi-heure après le repas et au besoin un second demi-verre deux heures après), remédie efficacement à l'hypochlorhydrie des chlorotiques et des dyspeptiques par fermentation et excès d'acides organiques.

Dans le même ordre d'idées, l'antisepsie gastri-

que faite avec le naphtol, et le lavage de l'estomac sont à utiliser.

Avec les alcalins on peut faire deux choses, suivant le moment et la dose auxquels on les emploie. En donnant *une heure avant les repas une faible dose* de bicarbonate de soude, 1 gr. ou 1 gr. 50, on provoque la sécrétion du suc gastrique. Au contraire, pour neutraliser l'hyperchlorhydrie on donne des doses élevées, 3 à 4 gr. *2 ou 3 heures après les repas*, et on élève au besoin ces doses jusqu'à 6 et 12 grammes, en fractionnant par cachet de 2 gr.

On s'empressera surtout d'organiser le régime des gastralgiques.

D'abord, suppression des ragoûts, des graisses, de la friture, des crudités, des condiments et épices, du vinaigre, du vin rouge, du vin pur et de toute liqueur.

On instituera différents régimes suivant la coexistence des autres manifestations dyspeptiques. Je ne puis entrer ici dans le traitement des dyspepsies en général.

Quand on aura échoué par les régimes mixtes, on aboutira au régime lacté exclusif, surtout quand il y a probabilité d'ulcérations gastriques; on n'oubliera jamais de fractionner les doses (2 litres à 2 litres 1/2 de lait en 10 doses, si on donne le lait seul, — 1 litre 1/4 et un nombre variable d'œufs, 4 à 8, en 5 doses égales, également espacées).

Les douleurs gastralgiques, liées aux ulcérations sont très heureusement modifiées par le nitrate d'argent en pilules, 1 à 3 pilules de 1 centigramme par jour, chacune au moment d'une des prises de lait.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

Assemblée générale annuelle tenue à Paris le 13 avril 1890.

La caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français a tenu le dimanche 13 avril son Assemblée générale annuelle, au siège social, place Saint-Georges, à Paris.

A neuf heures du matin avait lieu la réunion du Comité des Censeurs, qui a examiné les livres et les comptes du Trésorier.

A dix heures, réunion générale.

MM. Lande, Secrétaire général, et Verdalle, Trésorier, ont lu leur rapport et compte rendu annuels. Nous les publions plus loin.

L'ordre du jour comprenait les élections pour le Comité directeur :

A été nommé Vice-Président, M. Lande, en remplacement de M. Huchard.

M. Delefosse a été élu Secrétaire général, en remplacement de M. Lande.

M. Maurat a été élu Secrétaire, en remplacement de M. Delefosse.

M. Cézilly a été élu Contrôleur, en remplacement de M. Maurat.

M. Dujardin-Beaumetz reste Président ; M. Verdalle, Trésorier ; M. Barat-Dulaurier, Contrôleur.

Le Comité directeur se compose donc pour cinq ans de MM. Dujardin-Beaumetz, Président ; Lande, Vice-Président ; Delefosse, Secrétaire général ; Maurat, Secrétaire ; Verdalle, Trésorier ; Barat-Dulaurier, Cézilly, Contrôleurs.

Le Comité des Censeurs a été en grande partie renouvelé.

Ont été élus : MM. Moreau (de Versailles), Gassot (de Chevilly), Porson (de Nantes), Clochepin, Sutils et Millet.

Le Comité des Censeurs se compose donc de MM. de Ranse, Président ; Gassot, Vice-Président ; Monin, Secrétaire.

Censeurs : MM. Ordonneau, Ducosté, Dard, R.-Saint-Philippe, Wurtz, Sutils, Millet, Bardy, Clochepin, Baronnet, Moreau, Porson.

Compte rendu de M. Lande, secrétaire général.

Messieurs et très honorés Confrères,

Dès notre Assemblée générale de 1888, le Comité directeur reçut d'un grand nombre d'adhérents à la Caisse des Pensions de Retraite la demande de fixer la date de la réunion de 1889, de façon à leur favoriser une visite à l'Exposition universelle. C'est pour répondre à ce désir que nous fixâmes au 11 juin l'époque de notre Assemblée générale en 1889.

Les convocations furent lancées en temps utile et suivant les prescriptions de nos Statuts ; mais bien restreint fut le nombre de nos collègues venus pour prendre part à nos délibérations.

Deux causes ont dans ce cas également agi : d'une part — et les membres du Comité directeur en savent bien quelque chose pour avoir saisi les transfuges en flagrant délit d'école buissonnière — certains de nos participants venus à Paris sous prétexte de réunion de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français, se sont laissés trop tôt séduire par les enchantements de l'Exposition et ont oublié le boulevard Saint-Germain pour la Galerie des Machines — peut-être même pour la rue du Caire ; — beaucoup d'autres — nous en avons eu la preuve irréfutable — n'ont reçu que très tardivement leur convocation et, à leur grand regret, ont semblé indifférents à notre Œuvre, pour laquelle ils professent cependant le plus entier dévouement.

Nous n'avions pas compté sur le surcroît de travail imposé par l'Exposition à l'administration des Postes et surtout sur le sans-gêne avec lequel, dans cette circonstance, celle-ci traitait toutes les correspondances ne revêtant pas un caractère d'urgence absolue.

En 1889, devait avoir lieu le renouvellement du Comité directeur ; les adhérents présents ont voté la prorogation des pouvoirs des membres sortants. Mais dans sa séance de novembre, le Comité directeur a décidé qu'il ne pouvait pas accepter un mandat émanant d'une trop faible minorité. C'est pourquoi vous voyez figurer à notre ordre du jour la nomination du Comité directeur.

Le compte rendu de cette réunion de 1889 porte par erreur que les pouvoirs du Comité des Censeurs ont été également prorogés. C'est cette année seulement que vous avez à nommer un tiers des membres de ce Conseil dont les sortants, contrairement à ceux du Comité directeur, ne sont pas immédiatement rééligibles.

Nos mandataires sortants doivent être désignés par le sort. Cette année, il semble que la désignation ait été faite par la mort. Depuis les dernières élections, en effet, nous avons perdu dans le Comité des Censeurs : MM. Landur, Rousseau et Margueritte. M. Maussire, retenu par des obligations professionnelles, nous prie de le remplacer. Enfin, MM. Mignen et Petit complètent le tiers que

vous allez remplacer par de nouveaux confrères appelés à surveiller le *fonctionnement* de notre Caisse.

J'ai eu occasion, Messieurs, de vous parler de MM. Rousseau et Landur. Chaque année notre nécrologe s'accroît. Pendant l'exercice 1889-90, nous avons perdu M. Pichard, de Regmalard (Orne), un de nos premiers adhérents, et M. le Dr Margueritte (du Havre), qui fut un des promoteurs de notre œuvre. Au nom de vous tous, Messieurs, c'est avec la plus vive émotion que je rappelle ici le nom de ce savant confrère, de cet homme de bien au zèle infatigable, au dévouement incessant, que l'on était assuré de trouver à la tête de toutes les œuvres de confraternité et dont chaque année nous étions heureux de revoir la sympathique figure, de serrer la main loyale et d'apprécier chaque fois davantage le caractère élevé.

Nos regrets sont à la hauteur de l'estime et du respect que nous éprouvions pour l'excellent collègue que nous avons perdu.

Mais la mort n'est pas notre seule ennemie. En 1889, nous avions reçu avis qu'un de nos participants se trouvait dans la situation visée par les articles 19 et 21 de nos Statuts ; le Secrétaire général et le Trésorier furent chargés de faire une enquête. Cette enquête a démontré que notre infortuné collègue se trouvait, en effet, hors d'état de continuer l'exercice de sa profession, et déjà une bonne partie de ses versements lui a été restituée. Le solde lui sera compté dès la régularisation de pièces comptables nécessaires à la bonne tenue de nos écritures.

Je vous rappelle, Messieurs, que ces remboursements visés par les articles 19 et 21 des Statuts sont composés des versements capitalisés à intérêts composés à 4 0/0. Nos confrères tombant dans le malheur rentrent ainsi dans les sommes qu'ils nous ont confiées dans un esprit de sage prévoyance, augmentées d'intérêts que leur auraient à peine fourni les meilleurs placements.

Ces restitutions, heureusement fort rares, ne peuvent en rien compromettre le fonctionnement de notre Caisse. Notre excellent Trésorier va vous l'exposer mieux que je ne saurais le faire. Nous sommes assez riches pour ouvrir largement la main aux malheureux.

RAPPORT DE M. VERDALLE, TRÉSORIER.

Messieurs et très honorés Collègues,

Je voudrais chaque année, pour notre Assemblée générale, pouvoir vous annoncer quelque chose d'extraordinaire ou même quelque très bonne chose : que nous avons gagné le gros lot, par exemple, ou qu'un magnanime bienfaiteur nous a légué une grosse somme. Cela viendra un jour, soyez-en certains ; mais jusqu'à présent je me suis borné, en trésorier très ordinaire, à vous aligner des chiffres, comptes très simples de notre très simple trésorerie. C'est ce que je vais faire encore cette année.

Nos recettes se sont élevées pour 1889-90, du 11 juin 1889, date de notre dernière Assemblée générale, au 12 avril 1890, à la somme de 39.745 f. 76, savoir :

En caisse au 11 juin 1889.F.	1.927 97	
Cotisations	31.410 »	
Don du *Concours médical*	200 »	
Intérêts des valeurs	6.182 65	
Profits et pertes	25 14	
		39.745 76

Nos dépenses se sont élevées à la somme de 38.961 francs, savoir :

Achat de valeurs	37.132 70	
Frais généraux	1.428 30	
Remboursement à Mme V.	400 »	
		38.961 »
Excédent des recettes...F.		784 76

Il reste donc en caisse au 12 avril 1890 une somme de 784 fr. 76 c.

Examinons maintenant, si vous le voulez bien, le détail de nos dépenses.

Les achats de valeurs comprennent :

Le 24 septembre 1889, achat de 15 obligations communales 1879 à lots	6.824 55	
Le 21 novembre 1889, achat de 5 obligations communales 1879 à lots	2.317 20	
Total, 20 obligations communales 1879 à lots		9,141 75
Le 19 mars 1890, achat de 21 obligations nouvelles du Chemin de fer du Midi		9.072 »
Le 8 avril, achat de 615 francs de rente 3 % amortissable		18.918 95
Total.............F.		37.132 70

Les frais généraux se décomposent ainsi :

Correspondance, frais de quittances et de recouvrement	156 10
Fournitures de bureau	17 »
Frais de trésorerie	204 35
Impressions	380 85
Indemnités de déplacement aux membres du Comité directeur et du Comité des censeurs	670 »
Total	1.428 30

Le chapitre remboursement s'explique ainsi : Dans le courant de l'année 1889, Mme V..., femme d'un de nos collègues, nous informait que son mari, frappé de paralysie générale, venait d'être interné dans un asile et nous demandait, conformément à nos Statuts, le remboursement de ses cotisations. Le Comité directeur fit une enquête qui confirma l'exactitude de ces tristes renseignements et il fut décidé que, en vertu des articles 19 et 21, la Caisse des Pensions de Retraites rembourserait à M. le Dr V. le total de ses cotisations capitalisé à 4 0/0. Une partie de la somme a seule été remboursée ; nous attendons pour opérer le remboursement total que la situation de notre malheureux collègue ait été régularisée.

C'est la deuxième fois que s'ouvre ce chapitre : remboursement des cotisations. L'année dernière Mme veuve Barbry a reçu de ce chef une somme de 2,496 fr. 90 c. Et je vous faisais remarquer à ce sujet quelle profonde différence sépare une institution comme la nôtre, où le malheur est prévu et en quelque sorte réparé, des Compagnies d'assurances, qui assoient pour ainsi dire leur fortune sur l'égoïsme des chiffres. Je n'y reviendrai donc pas ; mais je ne peux m'empêcher de le dire encore en passant.

Notre portefeuille se compose des valeurs suivantes :

VALEURS	PRIX D'ACHAT	COURS ACTUEL	EN PLUS	EN MOINS	INTÉRÊT ANNUEL
50 obligations du Midi.........	20.358 f »	21.469 f 50	1.111 50	»	727 f 50
4,650 francs rente 3 0/0 amortiss.	134.044 55	144.070 75	9.973 80	»	4.650 »
50 obligations foncières 1883....	18.268 75	20.100 »	1.831 25	»	727 50
50 oblig. communales 1886.....	24.705 25	24.705 25	»	»	970 »
50 obligations Orléans..........	19.568 »	21.400 »	1.832 »	»	727 50
20 oblig. fonc. à lots 1879.......	9.740 »	9.480 »	»	260	391 »
20 oblig. comm. à lots, 1879.....	9.141 75	9.355 »	213 25	»	391 »
	235.826 30	250.880 50	14.961 80	260	8.584 50

Nos opérations de trésorerie se sont bornées pour cette année à des choses assez simples : en achats de valeurs, remboursement. Elles vont devenir chaque année plus compliquées. Nos valeurs sont sujettes à l'amortissement. Il y a trois ans, une de nos obligations du Midi a été amortie. Cette année, 15 francs de rente amortissable sont sortis au tirage de mars ; votre Comité directeur va prendre les mesures nécessaires pour toucher ce capital et vous avez pu remarquer que j'ai déjà réparé la brèche faite à notre portefeuille en achetant immédiatement 15 francs de rente pour remplacer celle qui a été amortie.

En résumé, la Caisse dos Pensions de Retraite du Corps médical français marche d'un pas soutenu vers le but que ses fondateurs se sont proposé. Tous les ans elle augmente son capital d'une somme de 40,000 francs environ ; ses revenus augmentent tous les ans et arrivent cette année à près de 9,000 francs de rente. Dans quatre ans, elle servira ses premières retraites. L'œuvre est fortement assise ; elle marche ; elle vivra.

Permettez cependant à votre trésorier de formuler en terminant un double regret : premièrement que l'Association générale des Médecins de France, dont nous sommes les très fidèles et très respectueux partisans, ne veuille pas comprendre que son devoir est d'encourager, d'aider même des institutions de prévoyance comme la nôtre. Elle a inscrit en tête de ses Statuts qu'elle fondera une Caisse de retraite. Cette Caisse de retraite se fonde, son devoir serait de la patronner, je ne dis pas de la prendre en main, nous pouvons vivre de nos propres forces, mais de lui prêter aide et appui. Or tout ce qu'elle a fait jusqu'à présent, ç'a été de lui prendre son titre et d'affubler ses pensions viagères d'assistance du nom bien flatteur, il est vrai, de *pensions de retraite*. Or, quel rapport, s'il vous plaît, entre nos retraites, que nous nous assurons par l'économie et le sacrifice, et les pensions viagères d'assistance, qui ne s'accordent qu'aux déshérités et aux infirmes de la profession, et encore sur preuve? Je n'invente pas, mes chers Collègues ; lisez *l'Annuaire* et vous verrez que depuis quelques années, depuis que nous avons fondé la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français, le très honorable Trésorier de l'Association générale, M. Brun, n'appelle plus la Caisse des Pensions viagères d'assistance que *Caisse des Pensions de retraite*. Or je proteste énergiquement contre cette assimilation.

Je regrette, en outre, que la presse médicale, qui devrait être soucieuse des intérêts de la profession, reste indifférente dans des questions de ce genre et ne s'occupe guère plus de nous que si nous n'existions pas. N'est-ce donc vraiment pas un résultat que deux cents médecins de France se réunissent en Société d'assurance, versent environ 40,000 francs de cotisations annuelles et forment ainsi en quelques années un capital de 250.000 francs ? N'y a-t-il vraiment pas là de quoi faire réfléchir nos journalistes, et n'est-ce pas aussi intéressant que bien des discussions même académiques ? Il faut forcer ce silence indifférent, mes chers Collègues. Nous avons tous des amis dans la presse, plusieurs d'entre nous en font partie. Il faut agiter la question, il faut faire connaître notre œuvre, et pour elle et pour le bien de nos confrères de France. Combien regretteraient plus tard, *trop tard*, de ne pas l'avoir connue !

Je termine, Messieurs, en mettant sous vos yeux le bilan, la situation et le budget de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français pour l'année 1890 :

BILAN AU 12 AVRIL 1890.

Caisse..............F.	29.702 96	29.468 21
Caisse des pensions.....	721 89	200 »
Caisse auxiliaire	» »	3.121 89
Cotisations..............	400 »	216.800 45
Frais généraux...........	7.379 38	19 03
Obligations du Midi.....	17.742 »	363 70
Rente 3 % amortissable.	124.020 80	1.012 50
Obligations foncières 1883	15.122 50	363 75
Oblig. communales 1886	20.825 25	485 »
Obligations d'Orléans ...	17.756 90	363 75
Obligations foncières à lots 1879.............	9.384 85	» »
Oblig. communales 1879	9.142 75	» »
	252.198 28	252.198 28

SITUATION AU 12 AVRIL 1890.

Recettes.

Cotisations............F.	219.297 35	
Dons à la Caisse des pensions................	2.500 »	
Dons à la Caisse auxiliaire	650 »	
Profits et pertes.........	448 28	
Intérêts des valeurs.....	24.318 15	
Remboursements et amortissement........	493 90	
		247.707 68

Dépenses.

Portefeuille...........F.	236.217 40	
Frais généraux	7.808 63	
Remboursement..........	2.896 90	
Reste en caisse au 12 avril 1890.............	784 75	
		247.707 68

BUDGET POUR L'ANNÉE 1890.

En caisse..............F.	784 76	
Cotisations en retard (environ)	1.000 »	
Intérêts des valeurs.....	5.050 »	
Echéance de septembre (environ................	5.000 »	
Environ......		12.000 »
		247.707 68
Environ.........F.		260.000 »

L'indemnité en cas de maladie.

L'Association Générale mettant à exécution la création d'une *caisse d'assurances contre la maladie*, deux modes de faire peuvent être adoptés.

Dans le premier cas, les sociétés locales auraient chacune leur caisse et verseraient seulement une fraction de la cotisation à la caisse centrale qui, à son tour, les subventionnerait en cas de besoin.

Dans le second cas, il n'y aurait qu'une caisse unique à laquelle serait versée la totalité des cotisations et par laquelle aussi serait payée la totalité des indemnités.

Nous l'avons dit déjà, notre préférence est pour le second mode.

Si toutes les sociétés locales étaient de même importance, si toutes comptaient un nombre imposant de membres, la première solution pourrait être soutenue ; mais il ne faut pas oublier que nombre de sociétés locales n'ont que fort peu de sociétaires et que beaucoup d'entre elles seraient même dans l'impossibilité de constituer une caisse particulière.

Avec la seconde solution, aucune difficulté : la situation est identique qu'il y ait cent, cinquante ou dix adhérents. Ceux-ci versent au trésorier local la cotisation annuelle, et le total de ces cotisations est transmis par lui à la caisse centrale, devant laquelle tous les adhérents, d'où qu'ils viennent, ont des droits égaux.

On a objecté que le labeur du trésorier central deviendrait excessif, mais rien n'empêcherait de désigner parmi les membres du Conseil Général un trésorier spécial pour cette caisse spéciale.

On a parlé aussi des difficultés que pourraient rencontrer les trésoriers locaux — nous ne voyons pas bien de quelles difficultés il pourrait s'agir, les adhérents ayant toute liberté pour se faire inscrire et même pour se retirer quand bon leur semblerait. Le règlement disant à quelle époque les cotisations doivent être versées, quiconque ne se mettrait pas en mesure cesserait de participer à l'assurance — rien n'est plus simple. Quant au recouvrement lui-même, il se ferait en même temps que celui de la cotisation actuelle, et on ne saurait prétendre qu'il est plus difficile de recouvrer 50 francs que d'en recouvrer douze.

Moins les fonds seront disséminés et plus ils seront productifs, c'est ce qu'il ne faut pas oublier ; et, d'autre part, l'erreur de calcul est d'autant moins grande que les adhérents sont plus nombreux.

Donc : *Caisse centrale unique.*

Par contre, contrôle disséminé : chaque société locale, par l'organe de son bureau, devra recevoir les déclarations d'adhésions et se prononcer sur leur acceptation ; elle devra recevoir aussi les déclarations de maladie ; à elle incomberont les constatations nécessaires et l'appréciation de la durée pendant laquelle sera servie l'indemnité.

Il est évident que les membres des Bureaux des sociétés locales sont plus aptes que personne à remplir ces fonctions : ils habitent près de leurs confrères adhérents, ils les connaissent, ils ont leur confiance — que faut-il donc de plus ?

On a parlé d'excès de besogne devant lequel reculeraient certains bureaux. Mais oublie-t-on que ces Bureaux se plaignent de n'avoir rien à faire, qu'ils ne se réunissent pas faute de questions à porter à l'ordre du jour de leurs réunions ? Et puis, quand il s'agit de venir au secours d'un confrère malade, qui donc se récuserait ? Enfin, celui qui trouverait ce labeur excessif n'a-t-il pas toujours le droit de passer la main à un confrère plus actif ? — Les présidences ne chômeront pas faute de candidats, on en peut être sûr.

On a parlé aussi de complaisances devant des tentatives de *carottage* (le mot n'est peut-être pas parlementaire, mais il a l'avantage d'être précis et d'être compris de tous). Nous répondrons simplement qu'une indemnité de dix francs par jour n'est pas telle qu'elle puisse à ce point surexciter l'envie d'un médecin auquel tout repos absolu cause un préjudice journalier beaucoup plus grand ; nous répondrons aussi qu'un médecin jugé digne par ses confrères de faire partie du Bureau d'une association locale doit être tenu pour incapable de faire un faux rapport. La sollicitation de l'un pas plus que la condescendance coupable de l'autre ne nous paraissent donc probables, et d'ailleurs, il s'agit d'une question d'affaire, non pas de sentiments, et ces deux ordres de questions ne se traitent pas de la même façon: *business is business*, comme disent nos voisins d'Outre-Manche.

La maladie terminée, le président et le trésorier de l'association locale remettent au convalescent un chèque sur la caisse centrale qui paie à présentation.

De ce côté donc encore, aucune difficulté.

Une objection peut-être plus sérieuse a été faite non à l'organisation que nous venons d'esquisser, mais au principe lui-même : on a dit que les médecins de tout âge entrant dans l'association présenteraient des risques bien différents, puisque la moyenne des journées de maladie augmente avec l'âge. C'est en effet un point sur lequel il conviendra de réfléchir, mais il ne saurait constituer un obstacle insurmontable, puisque, pour le faire disparaître, il suffirait de remplacer la cotisation uniforme par une cotisation variable suivant l'âge d'entrée.

Quelles objections subsistent donc ? Quelles raisons le Conseil Général pourrait-il trouver pour se récuser ? s'il veut se pénétrer des désirs de l'Association — quoi qu'il en pense, *il n'est pas l'Association* — il doit prendre en main la question, la faire sienne, s'éclairer près de tous et présenter aux sociétés locales un projet ferme.

Si celles-ci le repoussent, nous nous inclinerons, car alors l'Association générale aura refusé. Mais tant qu'une procédure semblable n'aura pas été suivie, nous ne reconnaîtrons pas au Conseil Général le droit d'enterrer la question.

D'ailleurs il a pu voir, à la séance du 14 avril, comment a été accueillie la déclaration de M. Lereboullet disant que le Conseil ne voulait pas se charger de l'organisation. Si la question de fond et non d'ajournement avait été mise aux voix à ce moment, il eût été battu à une énorme majorité.

Le Conseil Général, averti, ne s'exposera pas à semblable aventure, nous en avons la conviction absolue.

Dr A. Gassot.

VARIÉTÉS

Les sages-femmes et le sublimé

Le *Bulletin Médical de la Loire* commente d'une façon assez spirituelle la décision par laquelle l'Académie a conféré aux sages-femmes le droit de faire usage d'une solution de sublimé. Nous reproduisons volontiers sa boutade contre le coup d'épée dans l'eau académique :

« Ah çà, me disais-je en lisant l'interminable discussion de notre sénat médical, de qui se moque-t-on ici ? Nos pères conscrits sont-ils donc si naïfs ? Si les sages-femmes négligent les précautions antiseptiques, ce serait parce qu'il leur est interdit d'user des substances médicamenteuses nécessaires ! Elles qui journellement appliquent le forceps au mépris du texte formel de la loi, qui soignent les affections utérines, qui traitent la stérilité et les maladies des enfants, elles reculeraient devant l'emploi de l'acide phénique ! Ou bien, par hasard, éprouveraient elles une résistance obstinée de la part de ces autres rigides gardiens du Code qu'on appelle les pharmaciens ! Mais alors le pharmacien de Paris ne ressemble pas à celui que nous connaissons dans notre ville. Chez nous, on y met moins de façon. Depuis longtemps, nos pharmaciens délivrent, non seulement aux sages-femmes qui ont l'idée de s'en servir, mais à tout venant, des solutions alcooliques concentrées d'acide phénique. Un ménage qui se pique d'hygiène possède l'indispensable petit flacon. Pour le sublimé, la désinvolture est la même. Il y a quelques jours à peine, un de mes clients me racontait avec étonnement que, dans une officine où il était absolument inconnu, il s'était fait remettre 20 grammes de bichlorure de mercure, à titre de fourniture photographique.

Oh ! je ne réclame pas. Personnellement, si j'avais une solution à proposer, elle serait aussi simple que libérale. Tout le monde serait pharmacien. Mais beaucoup ne sont pas de mon humeur et, de fait, on peut demander si la société qui, avec raison, défend au médecin la vente des médicaments, n'est pas intéressée à savoir pour quelle raison un toxique sort de l'officine et en quelles mains il tombe. Si le pharmacien ne garde pas jalousement ses poisons, il manque à l'étymologie et aux règles de sa profession ; il n'a plus de raison d'être. Que ne voyons-nous pas cependant ! J'ai nommé le sublimé tout à l'heure ; mais nous savons bien que, dans un grand nombre de pharmacies, tous les médicaments sans exception, — y compris les alcaloïdes, — sont délivrés au premier venu, sans ordonnance médicale.

Je ne veux pas aujourd'hui aborder au pied levé une question aussi difficile que celle de la réforme de la pharmacie. Peut-être y viendrai-je quelque jour. Je désirais seulement rappeler que, au point vue de de l'antisepsie obstétricale, le Bureau municipal d'hygiène de Saint-Etienne a devancé l'Académie de Médecine. Dès l'année 1885, il a publié et répandu à profusion une petite instruction de quatre pages. Plus libéral et plus avisé que l'Académie, le Bureau laisse aux sages-femmes le choix entre le sublimé et l'acide phénique. Pour ma part mes préférences sont acquises au second de ces agents et si, à l'occasion, je me sers volontiers du bichlorure, je crois son emploi trop dangereux pour qu'on le généralise inconsidérément.

Dr A. Roussel.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 28 *mars* 1890.

Présidence de M. le docteur Porson, président.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Luneau, L. Jouon, Crimail, Polo, Patoureau, Vince, Bernaudeaux, Chachereau, Charrier, Samson, Toché.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Trois confrères demandent à faire partie du Syndicat. Ce sont MM. les docteurs Guénel, de Nantes, Pasquier, de Carquefou, et M. Guillon, médecin à Nantes. Ils sont tous trois admis à l'unanimité.

M. le Président donne lecture d'un jugement rendu par la 9e chambre correctionnelle de Paris. Ce jugement acquitte des professeurs qui, s'étant constitués en Syndicat, avaient été poursuivis pour ce fait ; il reconnaît en même temps aux personnes exerçant une profession libérale le droit de se syndiquer. S'il se présente à l'avenir, et cela ne peut malheureusement tarder, quelque fait précis d'exercice illégal de la médecine, le Syndicat, fort de ce jugement, poursuivra en tant que Syndicat, pour donner au tribunal de Nantes l'occasion de reconnaître officiellement son existence légale.

Le Syndicat possède un tarif d'honoraires ; il y a dans ce tarif certaines lacunes à combler, en particulier pour quelques opérations courantes et pour les spécialités : on profitera de l'occasion pour en faire une revision générale. A cet effet, on vote à l'unanimité la nomination d'une Commission, qui sera composée de MM. Patoureau, Crimail, Luneau, Malherbe fils, Teillais, Chachereau, Polo, Toché, et devra présenter son travail à la prochaine séance.

La question du tarif rappelle celle du recouvrement des honoraires ; et, à ce propos, il est question du Livre de Renseignements. Il y a des gens qui, lorsqu'ils doivent à leur médecin, le quittent pour un autre, qu'ils quitteront bientôt pour un troisième, sans le payer plus que le premier, et ainsi de suite. Le Livre de Renseignements a été institué pour prévenir ces abus déplorables. Les noms de ces gens peu délicats y sont inscrits, non pas en lettres d'or, mais assez lisiblement pour que le médecin qui consulte ce livre soit édifié sur la valeur, au point de vue de la solvabilité médicale, du client chez qui il est appelé. Pour que ce livre produise les résultats que nous en attendons, il faut que tous les membres du Syndicat, habitant Nantes, le possèdent. Et c'est là chose facile. Il n'y a qu'un arrangement à prendre avec l'encaisseur du Syndicat. Du reste, le secrétaire est chargé d'envoyer une circulaire à ce sujet.

Un certain docteur Sanyas a dû passer à Nantes vers le 8 ou 9 mars, après s'être fait annoncer à grands coups de réclames. M. le Président avait prié le Parquet de demander à ce Monsieur de

vouloir bien montrer son diplôme. Nous connaîtrons bientôt le résultat de l'enquête qui a dû être faite. Il serait à désirer que tous les chirurgiens vagabonds et commis-voyageurs en médecine fussent obligés d'exhiber leurs titres.

Deux réclamations ont été faites à la Mairie : l'une pour un accouchement (service médical de nuit), non payé depuis plusieurs années ; le bon a été payé immédiatement ; l'autre à propos d'un bon du service de nuit non délivré par un agent de ville, qui prétendait que le médecin avait à se faire payer par le malade et après réclamation, le bon a été délivré, et ordre a été donné aux agents de délivrer, à l'avenir, les bons en toute circonstance.

Le Tribunal de Lorient vient de condamner à 6 mois de prison une sage-femme qui avait perdu sept clientes de l'infection puerpérale. Ce fait est le point de départ d'une discussion générale très animée : il est regrettable de voir les Tribunaux s'ingérer dans ces affaires, et apprécier la conduite de personnes diplômées, dans l'exercice de leur profession. Le précédent est fâcheux et les conséquences pourraient être graves.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Traitement de la lithiase biliaire.

1° Une heure avant chacun des deux repas principaux, prendre dans un demi-verre d'eau un des paquets suivants :

R. Bicarbonate de soude..... 30 grammes.

Divisez en 20 paquets.

2° Au milieu des repas, prendre en même temps 2 perles d'éther et 2 perles de térébenthine.

3° Faire chaque matin une friction sèche au gant de crin sur tout le corps, et le soir une friction avec une flanelle imbibée d'essence de térébenthine.

4° Prendre une fois par semaine un bain à 36° contenant :

Monosulfure de sodium.........	60 gr.
Chlorure de sodium.............	60 gr.
Carbonate de soude.............	30 gr.

P. L. G.

REPORTAGE MÉDICAL

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. (Exercice illégal de la médecine.) — Le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine s'est réuni le samedi 19 avril. Sur la demande de M. Leprévost, rapporteur du syndicat des médecins du Havre, il a examiné et adopté à l'unanimité l'amendement suivant, destiné à être ajouté à l'article 15 du projet relatif à l'exercice de la médecine, déposé par M. Lockroy : « 1° Est considérée comme exerçant de fait illégalement la médecine et passible des peines sus-énoncées toute personne qui, dépourvue du titre exigé par la loi, ou sortant des attributions que la loi lui confère, fait connaître au public par voie d'annonces, d'affiches ou de réclame, qu'elle traite certaines maladies. »

— Le nouveau Conseil municipal devrait bien statuer, dès son installation, sur la proposition de M. *Georges Berry*. Il demande des peines sévères contre les loueurs d'enfants qui spéculent sur la charité publique et contre les établissements, les agences qui concentrent l'offre et la demande de leurs *instruments de travail*.

— A des prix variant de 10 à 30 dollars les collèges de Pensylvanie ont émis, à eux seuls, plus de 30.000 diplômes de médecin américain ; ces collèges n'existent plus, mais les diplômes émis sont valables. Il existe en Amérique 147 écoles de médecine ordinaire, électrique, homœopathique, etc..., qui pour la plupart n'exigent aucune étude préliminaire et délivrent le diplôme après un à trois ans d'études. Trois ans d'études, c'est le maximum, pour les plus sérieuses Ecoles : Harward University (Boston) ; University of New-York ; U. Pensylvanie (Philadelphie) ; medico-surgical College (Philadelphie).

— On nous annonce, pour le dimanche 11 courant, la séance d'inauguration de la *Policlinique de Paris*, 28, rue Mazarine. Nous ne sommes pas encore renseignés sur cette organisation dont nous entretiendrons, s'il y a lieu, nos lecteurs.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

NOTE. — Les examens pour Messieurs les officiers de réserve ou de l'armée territoriale qui désirent monter en grade auront lieu le 9 juin prochain. A ce sujet, notre éditeur, le Directeur de la Société d'éditions scientifiques, nous prie d'annoncer que le *livre du Dr Bouloumié* va paraître incessamment. S'il est un peu en retard, c'est qu'il comprendra le programme et des textes de lois que le ministère n'a délivré que ces jours-ci. Enfin, au lieu de 300 pages, le livre en aura 600. Cependant le prix de 3 fr. 50, primitivement annoncé, sera maintenu pour les souscripteurs, bien que le prix marqué soit de 5 fr. Le bon à tirer est donné à l'imprimeur. Messieurs les souscripteurs seront servis immédiatement et au plus tard dans une semaine.

La Syphilis aujourd'hui et chez les anciens, par le Dr F. Buret, est une œuvre de profonde érudition, d'un style vif et alerte ; la lecture en est attrayante comme celle d'un roman. Le Dr Buret démontre péremptoirement l'ancienneté de la maladie : Parsot avait du reste déjà présenté à la Société de médecine, des crânes et des os *péruviens* portant, bien qu'ils datent de plusieurs milliers d'années, des *lésions ostéophytiques non équivoques*. Un beau volume in-16 de 260 pages. Prix : 3 fr. 50.

Nouvelle méthode de Géographie et de Cartographie, par le commandant Boulanger, ancien élève de l'école polytechnique. Un volume de 250 pages in-8° carré avec 50 cartes. Prix : 10 fr. Pour ceux qui suivent attentivement les progrès des Sciences géographiques, ce livre est une révélation.

Chagrins d'amour, par Paul Lacour, des publications récentes à 5 fr. 50 le volume. — Sommaire : Nuit d'Avril. La fin d'un notaire. Les amours de Gertrude. Derrière l'église. Mademoiselle Fourchette. Ma voisine. Yseult. Dans la Brousse. Le meeting des éclopés. Manette. La fiancée du Braconnier. L'amante.

La dixième livraison des *Sciences biologiques* contiendra dix gravures. — Sommaire : Les machines électriques par Broca. Action du sol sur les Germes pathogènes, par H. Labonne. Note sur le professeur U. Trélat, l'un des fondateurs des « Sciences biologiques ». Les races préhistoriques de France, par Collignon. Matière médicale, par Collin. Prix de la livraison : 1 fr. 25 ; il suffit d'envoyer 30 francs pour recevoir les 10 livraisons parues, et être abonné aux suivantes. L'ouvrage complet sera terminé à la fin de l'année et formera plus de mille pages : c'est le résumé des Sciences médicales en 1889-1890.

Remise de 20 % sur tous ouvrages.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 20 | 17 Mai 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La morphinomanie et l'hystérie. — Morphinisme et morphinomanie.

M. *J. Voisin* a cité à la Société des hôpitaux le cas de deux hystériques morphinomanes, qui ont été guéries de la morphinomanie par la suppression brusque de leur poison. Mais ces hystériques, qui n'avaient pas eu d'attaques tant qu'avait duré leur intoxication, c'est-à-dire pour l'une pendant cinq ans, et pendant dix-huit mois pour l'autre, les virent réapparaître quand elles furent privées de morphine. Il se mêlait aux stigmates de l'hystérie un état mental caractérisé par l'idée fixe et obsédante de se faire une piqûre ; le besoin de morphine était aussi impérieux et aussi irrésistible que le besoin de boire pour le dipsomane. On peut considérer la morphinomanie comme une psychose dégénérative au même titre que la dipsomanie.

L'intoxication par la morphine, comme beaucoup d'autres intoxications, celles par l'alcool, le sulfure de carbone, etc., peut produire l'hystérie chez des prédisposés : la névrose reste latente, tant que l'individu est sous la puissance de la morphine, mais elle se manifeste aussitôt que l'état d'ivresse morphinique disparaît. Le trouble mental qui accompagne la morphinomanie n'existe que quand le sujet cesse d'être sous l'influence de la morphine ; il cesse dès que l'usage de la morphine est repris. La connaissance de ce fait n'est pas sans importance au point de vue médico-légal.

Quant au traitement, on sait qu'il est fort controversé ; il y a les partisans de la suppression brusque et ceux de la diminution progressive ; M. Voisin estime que la suppression lente est possible seulement chez les malades internés ; mais la suppression brusque est dangereuse, il faut en être prévenu ; on aurait observé dans ces conditions la mort subite par syncope cardiaque.

M. *Huchard* pense qu'on doit établir au point de vue du traitement une distinction absolue entre le morphinisme et la morphinomanie. Dans le morphinisme simple, l'état mental est indemne ; aussi est-il inutile d'isoler ou d'interner le malade, tandis que le morphinomane, étant un cérébral, doit être traité à la façon des aliénés, c'est-à-dire qu'il bénéficiera le plus souvent de l'isolement.

Albuminurie des morphinomanes.

Le même médecin cite des cas d'albuminuries permanentes chez des morphinomanes ayant abouti à la mort par urémie ; Levinstein a publié déjà des cas semblables et prouvé expérimentalement que l'empoisonnement morphinique peut déterminer l'albuminurie persistante.

Parmi les hypothèses qui peuvent être faites au sujet de la pathogénie de ces albuminuries (action spéciale sur le centre bulbaire — paralysie des plexus nerveux qui entourent l'artère rénale — anomalies de pression intra-vasculaire), c'est cette dernière que M. Huchard admet. La morphine abaisse énergiquement la tension artérielle ; or le gros rein blanc du mal de Bright s'accompagne constamment d'une diminution de la tension artérielle ; la morphine agit donc d'une manière défavorable dans cette maladie. Au contraire, dans la néphrite interstitielle qui est une maladie à tension artérielle excessive, la morphine a moins d'inconvénients. En diminuant la tension artérielle, la morphine détermine des congestions passives et permanentes du côté de certains organes ; du côté du rein, cette stade prolongée peut amener la production de la néphrite parenchymateuse.

L'angine scarlatineuse précoce pseudo-diphthéritique.

On sait que de nombreuses discussions ont été soutenues sur la nature des manifestations angineuses qui accidentent le cours de la scarlatine. Outre la rougeur et l'enduit pultacé du début, qui sont propres à la maladie dans presque tous les cas, on voit souvent apparaître des angines pseudo-membraneuses qui ont toutes les appa-

rences de l'angine diphthéritique, mais qui, cependant, en diffèrent le plus souvent par leur marche et leur pronostic. Trousseau, Grisolle, Archambault, plus encore Rilliet et Barthez, admettent qu'il peut y avoir dans la scarlatine deux variétés d'angines pseudo-membraneuses, l'une diphthéritique vraie, l'autre propre à la scarlatine. Cette distinction avait été combattue par MM. Peter et Cadet de Gassicourt, défendue au contraire par Odent dans une thèse dont nous avons rendu compte en 1887 ; pour ce dernier, il y avait bien deux formes d'angine pseudo-membraneuse dans la scarlatine : l'une *précoce*, se montrant dès les trois premiers jours qui suivent l'éruption ; l'autre *tardive*, vraiment diphthéritique et survenant quand l'éruption est effacée, en même temps que la desquamation, ou longtemps après, pendant la convalescence.

La question vient d'être reprise par MM. *Wurtz* et *Bourges* au point de vue bactériologique, et M. *Sevestre* a abordé la question au point de vue clinique à la Société des hôpitaux.

Si l'on examine la gorge chez les scarlatineux, on constate généralement, dit M. Sevestre, dès le premier jour, sur le pharynx, sur les amygdales, sur le voile du palais, une rougeur plus ou moins vive, et cela, souvent même avant que l'éruption cutanée ait apparu, ou encore sans que cette éruption soit très marquée. Cette rougeur n'est autre chose qu'une localisation particulière de l'éruption scarlatineuse, qui dans beaucoup de cas se fait dans la gorge avant de se faire sur la peau : c'est l'enanthème, ce n'est pas encore l'*angine scarlatineuse*. Celle-ci, dans les formes les plus simples, est caractérisée, en outre de la rougeur, par un gonflement des amygdales et une douleur plus ou moins vive.

Souvent aussi, on constate sur l'une des amygdales ou sur les deux des points blancs isolés, production développée, d'après Lasègue, au niveau de vésicules analogues à celles qui constituent la miliaire de la peau. Dans certains cas, et dans les deux ou trois premiers jours, ces points isolés se réunissent et forment une plaque qui recouvre en entier la face interne de l'amygdale. Au bout de quelques jours, ces concrétions se détachent, en même temps que la langue se débarrasse de son épithélium ; elles ont du reste une apparence laiteuse et une friabilité assez caractéristiques pour ne pas permettre de confusion avec la diphthérie.

Mais, dans d'autres cas, les concrétions offrent une teinte grisâtre, une consistance et une adhérence assez complète pour qu'il soit bien difficile de ne pas penser à la diphthérie, et de fait, le diagnostic est en pareil cas très délicat. Dans la diphthérie, la muqueuse pharyngée n'offre pas la teinte rouge vif de la scarlatine ; mais si l'on admet que la diphthérie est venue compliquer la scarlatine, la rougeur devra exister quand même. L'absence d'adénopathie pourra plaider en faveur de la scarlatine ; mais, si les ganglions du cou sont tuméfiés, il ne faudra pas conclure pour cela à la diphthérie, puisque la scarlatine peut produire le même résultat.

On a invoqué un caractère distinctif qui serait absolument pathognomonique, c'est l'intégrité du voile du palais et de la luette ; M. Sevestre ne reconnaît aucune valeur à ce caractère, ayant pu souvent constater que les productions signalées plus haut s'étendaient sur la luette et sur le voile du palais.

Il y a des cas plus difficiles encore. Ainsi l'angine membraneuse peut précéder l'exanthème scarlatineux.

Il y a un certain nombre de cas où les plaques persistent pendant plusieurs semaines sur les surfaces malades qui ne se dépouillent que lentement. Le larynx n'est jamais atteint, et c'est ce qui a fait dire à Trousseau que « la scarlatine n'aime pas le larynx ». Les enfants conservent généralement leur entrain, l'état général est bon et ne ressemble en rien à la dépression si caractéristique de l'empoisonnement diphthéritique. C'est peut-être le meilleur signe qui puisse nous guider dans les cas difficiles.

Malgré toutes les similitudes d'aspect, M. Se-

FEUILLETON

Causeries quodlibétaires.

La vulgarisation de la Médecine est-elle un mal ?... est-elle un bien ?...

La médecine, qui a été appelée non sans raison la *science de l'homme*, n'a pas seulement pour objet de rétablir la santé quand on l'a perdue, mais aussi de la préparer, de la préserver, de l'améliorer.

On peut juger par là combien l'étude de cette science importe à tout le monde, au point de vue du bien général et de la sociologie, comme au point de vue des avantages particuliers qu'on en peut tirer.

N'est-il pas d'une utilité évidente pour tous de savoir ce qu'il y a de malsain dans les satisfactions qu'on recherche, dans les occupations auxquelles on se livre, dans les habitudes qu'on prend ou dans les mœurs qu'on tient de ses ancêtres ?... Il n'est pas non plus sans intérêt d'étudier ce qui convient aux tempéraments et à la santé de chaque âge, aux régions qu'on habite et ce qui a trait aux exigences du climat et des variations atmosphériques qu'on est exposé à subir.

Puis, en dehors de ces questions purement hygiéniques, quel attrait pour un esprit curieux que de se livrer à l'observation des luttes incessantes de l'organisme vivant avec les mille causes de destruction qui l'entourent ?... Que de se rendre compte des rapports si intimes qui unissent l'âme à son support en constatant l'influence réciproque de l'un sur l'autre ?... Et quelle satisfaction profonde on éprouve à découvrir et connaître le pourquoi des choses, les lois de la vie en un mot :

Felix qui poterit rerum cognoscere causas!

Aussi qui n'aurait le sentiment de la grandeur et de l'élévation de cette science encore plus que de son utilité ? Qui n'entrevoit, au moins par intuition, les merveilleuses beautés du livre de la nature qu'un médecin a constamment ouvert sous les yeux ?

C'est si vrai que nous avons entendu maintes fois des esprits distingués regretter de n'avoir pas embrassé une profession qui découvre à l'intelligence de pareils horizons. *Vous êtes bien heureux*, nous a-t-on dit souvent ! — on vous l'a dit aussi confrère ; — *vous êtes bien heureux d'être médecin !.. J'aurais bien voulu l'être !...*

Tout est admirable, tout est instructif et inté-

vestre considère l'angine scarlatineuse pseudo-membraneuse comme distincte de la diphthérie, et base cette opinion sur les considérations suivantes :

Cette angine est d'abord essentiellement bénigne ; en outre, cette angine ne donne pas la diphthérie. M. Sevestre a toujours pu, sans danger, garder les scarlatineux qui en étaient atteints avec les autres. Ceux qu'on fait passer dans le service des diphthéritiques, succombent par contre à la diphthérie contractée après coup dans ce service. Ceux qu'on garde avec les autres scarlatineux guérissent très facilement.

L'angine scarlatineuse n'est pas d'origine diphthéritique, mais de quelle nature est-elle ? — MM. Wurtz et Bourges viennent de nous l'apprendre.

Dans les cas d'angines pseudo-membraneuses *précoces*, ils n'ont jamais trouvé le bacille de Löffler, qui est, on le sait aujourd'hui, le microbe spécial de la diphtérie ; et au contraire dans deux cas d'angines pseudo-membraneuses *tardives*, ils ont trouvé ce bacille.

Dans les angines précoces ils ont isolé les microorganismes suivants : *a*) Un streptocoque (dans tous les cas) et coexistant avec lui ; *b*) Le staphylococcus pyogenes aureus (dans 5 cas) ; *c*) Le staphylococcus pyogenes albus (dans 1 cas).

Ils ajoutent que le streptocoque trouvé par eux par ses caractères morphologiques, l'aspect des cultures et les effets de l'inoculation aux animaux, est très analogue, mais non identique au streptocoque de l'érysipèle.

C'est à ce streptocoque qu'ils attribuent le rôle principal dans la production des fausses membranes et ils se croient en droit de conclure de leurs recherches que l'angine pseudo-membraneuse précoce de la scarlatine n'est pas, du moins, dans la très grande majorité des cas, de nature diphthéritique.

Il y a donc lieu de formuler les conclusions suivantes. Chez les sujets atteints de scarlatine, on peut observer dans les premiers jours de la maladie une angine pseudo-membraneuse spéciale ; cette angine, malgré son analogie avec la diphthérie, est cependant indépendante de cette maladie ; elle ne dérive pas directement de la scarlatine, mais résulte d'une infection secondaire par un microorganisme spécial. L'angine précoce pseudo-diphthéritique est généralement bénigne. Le pronostic ne devient grave qu'en cas de véritable diphthérie, ce qui n'arrive que tardivement.

On ne doit pas placer les enfants atteints de scarlatine avec angine dans le pavillon de la diphthérie et on peut sans inconvénients les garder avec les scarlatineux. Il serait cependant préférable de réserver pour eux quelques chambres isolées dans les pavillons de la scarlatine.

De toutes façons, il faut faire chez eux avec grand soin l'antisepsie de la bouche et du pharynx, soit par des applications locales, soit par des irrigations de liquides antiseptiques pratiquées à grande eau.

Traitement de la rougeole maligne par les bains froids.

M. *Dieulafoy* vient de publier un cas où une rougeole qui avait débuté d'une façon bénigne, mais avait revêtu le septième jour les caractères de la malignité la plus accusée, fut guérie par l'emploi des bains à 25 degrés.

Suivant le professeur, toutes les manifestations malignes dans les maladies infectieuses ont des traits communs. Il y a une infection primitive dont la virulence s'exalte, sans qu'on sache pourquoi. C'est la vraie malignité des auteurs anciens. Il y a, d'autre part, des infections secondaires qui donnent des accidents alarmants. Or, quand on étudie les caractères de malignité, qu'il s'agisse de fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, variole, etc. ; le tableau clinique est le même. Partisan convaincu des bains froids dans la fièvre typhoïde, M. Dieulafoy croit que ce traitement est applicable à tous les états malins et qu'il y donne les mêmes succès que dans le rhumatisme cérébral.

M. *Juhel-Rénoy* a utilisé les bains froids avec

---

ressant dans la science de l'homme. Et en dehors d'elle, il ne saurait y avoir de véritable philosophie.

Mais alors, puisque la médecine intéresse à un si haut point tous les hommes, puisqu'elle est en quelque sorte une science universelle, la science à laquelle toutes les autres aboutissent, comme qui dirait *l'alpha* et *l'oméga* de la sagesse, pourquoi estime-t-on qu'il est en général si mauvais de s'en occuper, quand on n'en fait pas profession ? Et pourquoi la lecture des livres de Médecine a-t-elle été de tout temps réputée si dangereuse et si malsaine pour les gens du monde ?

Nous allons tâcher de l'expliquer.

Pour les gens du monde comme pour beaucoup de médecins du reste, la médecine n'est pas autre chose que l'art d'employer avec à propos les médicaments pharmaceutiques. Elle n'a pas d'autre but ; elle ne devrait pas avoir d'aspirations plus élevées.

En conséquence, le meilleur médecin sera celui qui possède les meilleures recettes pour guérir. Et il est assez commun d'entendre dire que le plus savant docteur n'en sait pas plus sur telle maladie, sur la jaunisse ou sur la fièvre, par exemple, qu'un empirique ignorant qui prétend posséder le secret de la couper.

Aux yeux de qui professe une croyance aussi absurde, l'herboriste ou l'apothicaire qui prépare les remèdes et qui est au courant des drogues nouvelles passera certainement pour un médecin supérieur à Sydenham, voire à Hippocrate lui-même qui ne les connaissait pas.

Quand on est imbu d'idées pareilles, qu'est-ce qu'on demande à l'homme de l'art ? Qu'il vous trace un régime de vie ? Qu'il vous indique la diète que vous devez suivre ? Les aliments et les boissons dont vous devez vous abstenir ? Qu'il vous prescrive en un mot les conditions qui seront favorables à votre rétablissement ? — Point ; on lui demande des remèdes à prendre.... Et qu'est-ce qu'on peut bien rechercher dans les livres de médecine ? — L'indication de quelque bonne formule. Tout est là.

On perd ainsi tout à fait de vue ce que l'art de guérir a d'essentiel, qui est de tracer une diététique, qui est d'indiquer les conditions de régime qu'on doit observer pour se maintenir en santé, pour se guérir, quand on est malade. On oublie, par exemple, qu'on aurait en vain recours à de prétendus spécifiques pour se rétablir, si l'on ne met le malade au repos et dans un état de recueillement qui permette à la force médicatrice d'opérer en lui

succès chez deux malades atteints de rougeole avec broncho-pneumonie.

M. *Duponchel* (du Val-de-Grâce), a eu deux succès dans des rougeoles graves par hyperthermie grâce aux bains froids à 22° (dix minutes).

M. *Huchard* estime que le collapsus cardiaque est le principal facteur de la malignité dans ces rougeoles graves et que l'on obtient d'aussi bons résultats avec les injections sous-cutanées de caféine à haute dose (2 à 3 gr. par jour).

Atrophie musculaire hystérique.

L'existence des amyotrophies hystériques n'est connue que depuis peu d'années, grâce à MM. Charcot et Babinski. M. *Ballet* vient d'en montrer un cas très frappant à la Société des hôpitaux. L'atrophie des muscles peut évoluer avec une extrême rapidité après une paralysie hystérique ; elle peut porter aussi sur les os et le tissu fibreux.

C'est surtout après les monoplégies brachiales que l'atrophie se montre ; dans la plupart des observations, dit M. *Raymond*, il s'agit d'une atrophie en masse portant surtout sur la main. On peut constater tous les quatre ou cinq jours une diminution de volume du bras de 2 à 4 centimètres. Il y a des contractions fibrillaires, et l'électricité fait contracter ce qui reste de fibres saines. On connaît un cas d'atrophie hystérique ayant débuté par les muscles de l'éminence thénar. Ces accidents ont été vus le plus souvent chez des hystériques mâles dont la profession aurait passé autrefois pour écarter l'idée d'hystérie (forgerons, terrassiers, manouvriers).

Traitement de l'orchite par le chlorure de méthyle et le stypage.

M. *Du Castel* dit qu'il existe aujourd'hui un traitement interne de l'orchite ; le salicylate de soude à la dose de 6 grammes, la teinture d'anémone pulsatile à la dose de XXX gouttes amènent la disparition rapide des douleurs, une résorption plus active des exsudats inflammatoires ; le premier médicament semble plus actif que le second ; l'antipyrine est sans effet marqué.

Les suspensoirs ouato-caoutchoutés permettent en général au malade d'aller et venir ; mais, sous leur influence, la résorption des produits inflammatoires ne se fait que lentement..

La réfrigération accélère la cessation des douleurs et la résolution du noyau inflammatoire ; l'emploi des vessies de glace est d'une application incommode ; l'emploi du chlorure de méthyle est beaucoup plus facile et en même temps plus actif. Le procédé couramment employé par M. Du Castel est celui du stypage : un tampon de ouate ordinaire, refroidi par la projection d'un jet de chlorure de méthyle suivant la méthode du docteur Bailly, est appliqué pendant quelques secondes à la surface des bourses du côté malade ; le dartos se contracte énergiquement, la peau se refroidit et pâlit ; il ne faut pas prolonger l'application du froid pour éviter des lésions cutanées, érythème persistant, vésication, sphacèle, dont l'apparition pourrait gêner la continuation du traitement.

Cette application du froid est répétée chaque matin, ordinairement ; matin et soir chez les malades violemment atteints. Une main très exercée peut, au lieu de stypage, employer la projection directe du jet de chlorure de méthyle suivant la méthode du professeur Debove ; mais c'est là un mode d'application délicat, exigeant une grande habitude de ce genre de manœuvre.

Un soulagement immédiat et considérable de la douleur est ordinairement la conséquence du premier stypage, et souvent les malades réclament eux-mêmes une seconde application.

La durée totale du traitement est en moyenne d'un septénaire ; la durée du séjour des malades à l'hôpital a été en moyenne de onze à douze jours, ce qui est une durée infiniment plus courte qu'avec les anciens traitements.

Soulagement immédiat, guérison rapide, tels sont, en deux mots, les résultats du traitement

---

sans trouble ; et qu'on aurait vainement recours à des calmants et à des rafraîchissants, si l'on continue de surchauffer la machine.

Nous savons que la plupart des maladies guérissent naturellement par le repos et par un régime approprié ; tandis que, si le malade déambule, s'il va au froid, s'il vaque à ses affaires, nous aurons beau lui prescrire des médicaments, nous courons grand risque d'aggraver son état au lieu de le calmer. Nous nous exposons même à éveiller des accidents que l'entourage ne manquera pas d'imputer à nos prescriptions.

Voilà ce que les gens du commun ont bien de la peine à comprendre, tant ils ont une foi robuste dans la toute-puissance des remèdes. Ils n'attachent guère d'importance aux préceptes de morale hygiénique que nos traités renferment ; ils ne voient que l'action de l'agent pharmaceutique.

Evidemment, puisqu'on leur dit que le quinquina coupe la fièvre, que l'antipyrine calme les névralgies, que peut leur importer le surplus ? Puisque la santonine chasse les vers, pourquoi se préoccuperaient-ils de ce qui les engendre ? Puisque la terpine, l'eucalyptine et autres paraffines vont bientôt faire avorter toutes les maladies en exterminant les microbes, à quoi bon s'inquiéter du reste ?...

Idées absurdes, encore une fois, car le poison pharmaceutique est chose secondaire dans le traitement des maladies. C'est une dernière ressource qu'un médecin avisé n'emploie qu'à bon escient, et qu'il devrait même n'employer, s'il était consciencieux, que dans les cas de nécessité absolue. Or, ces cas-là, qui peut les déterminer, si ce n'est un homme très versé dans la pratique de notre art ?

Pour manier la thérapeutique, il faut s'être livré à des études préalables, avoir une grande expérience et beaucoup de sagacité.

Elle est la partie de notre art la plus difficile et la plus incertaine. Celui qui prétend médicamenter sans une préparation suffisante est comme ces musiciens novices qui essaient d'exécuter une sonate avant d'avoir bien appris leur solfège, ou comme ces enfants imprudents qui touchent à des armes chargées qu'ils n'ont pas encore l'habitude de manier.

(A suivre.)

Dr Perron.

de l'orchite par le stypage : son application est facile, puisque, en dehors de l'application quotidienne du stypage qui dure à peine quelques secondes, il ne nécessite l'addition d'aucun autre traitement, soit interne, soit externe.

M. *Besnier* propose de simplifier de la façon suivante le mode de traitement proposé par M. Du Castel : on prend un de ces petits siphons contenant du chlorure de méthyle, comme on en trouve aujourd'hui dans le commerce ; on verse une certaine quantité de liquide dans un de ces récipients à deux tubulures, inventés par le docteur Bailly ; on y trempe un pinceau et on badigeonne la partie malade. On supprime ainsi le tampon spécial employé par M. Bailly. Ce procédé a en outre l'avantage de pouvoir être employé par les malades eux-mêmes ; il suffit de leur recommander de ne pas trop imbiber le pinceau.

M. *Du Castel* craint que les malades, se traitant eux-mêmes, ne dépassent le but. Il préfère au stype de Bailly le stypage avec tampon de ouate ordinaire.

Suivant M. *Mauriac*, quel que soit le traitement employé, il est difficile d'abréger le temps que doit mettre une orchite simple à guérir d'elle-même. Pour l'orchite comme pour la blennorrhagie, les traitements abortifs ne donnent aucun résultat. M. Mauriac se contente de prescrire aux malades qui ont une orchite du repos et des cataplasmes et n'intervient que quand surviennent des complications. Lorsque la vaginale est enflammée, quand il s'est formé un épanchement, il faut la ponctionner. Cela suffit souvent pour faire disparaître les phénomènes inflammatoires et douloureux. Quand, dès les premiers jours, l'inflammation est très intense, M. Mauriac fait appliquer des sangsues au niveau du cordon. Il a renoncé depuis longtemps à l'onguent napolitain qui ne produit aucun soulagement et qui occasionne souvent de l'érythème. Enfin, si les douleurs sont particulièrement violentes, le mieux est de mettre le testicule entre deux vessies de glace.

D'après M. *Du Castel*, il y a deux éléments à considérer dans le traitement de l'orchite : la douleur et l'induration qui persiste quand les phénomènes douloureux ont disparu. Avec le stypage, on supprime la douleur plus rapidement qu'avec la vessie de glace ; les deux modes de traitement seraient-ils aussi bons qu'il faudrait encore préférer le stypage, dont l'application ne dure que vingt à quarante secondes par jour, tandis que la vessie de glace doit être continuée sans interruption.

Par le stypage, les malades guérissent en 12 jours au lieu de 3 semaines.

M. *Mauriac* fait remarquer que les orchi-épididymites, abandonnées à elles-mêmes, ont une marche très variable. Les unes durent 8, 10 jours, les autres, 15, 20 jours et la résolution ne peut être obtenue. Cette irrégularité dans la longueur de la maladie se retrouve quand on traite l'orchi-épididymite ; elle rend donc très difficile l'appréciation d'un traitement de l'orchite.

MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES

De l'ectopie testiculaire et de son traitement

Pendant longtemps on a assimilé la migration incomplète du testicule, retenu dans le trajet inguinal ou dans l'abdomen, à une malformation contre laquelle les ressources de l'art étaient à peu près nulles ; s'il s'agissait d'enfants, on les abandonnait à eux-mêmes ; plus tard, si les testicules ainsi retenus devenaient très douloureux, on en pratiquait l'ablation. Aujourd'hui des procédés plus efficaces, des méthodes plus parfaites ont été proposés ; pour en apprécier la valeur et poser les indications opératoires, il est nécessaire d'examiner rapidement, d'une part l'état dans lequel se trouve la glande au point de vue fonctionnel, d'autre part les inconvénients et les dangers inhérents à l'ectopie testiculaire.

On sait qu'il en existe plusieurs variétés et qu'on observe des degrés très divers : le testicule peut rester dans la cavité abdominale où il jouit de mouvements étendus ; il peut, tout en s'engageant d'une façon intermittente dans le trajet inguinal, remonter dans l'abdomen sous une influence quelconque ; on le voit enfin assez souvent descendre jusqu'au fond des bourses, puis rentrer encore dans l'abdomen. Ce sont là des variétés plus ou moins rares ; ordinairement le testicule ectopié est fixe et occupe le trajet inguinal.

Un testicule ectopié est souvent, quelle que soit sa position, le siège d'accidents. Par sa situation même il peut provoquer des douleurs vives, empêcher complètement certains mouvements, certains efforts ; cette douleur acquiert parfois une intensité telle qu'elle crée une indication opératoire rapide. Les inflammations y sont fréquentes ; enfin des néoplasmes se développent souvent dans ces glandes anormalement retenues. Devant ces menaces de complication, en présence d'un organe douloureux, beaucoup de chirurgiens ont proposé l'extirpation : ils étaient poussés à agir ainsi par une autre considération : c'est que, disait-on, un testicule en ectopie est un organe frappé d'impuissance fonctionnelle. C'est cette dernière question qu'avec Tuffier (1) nous allons chercher à élucider.

De nombreuses observations montrent que le testicule a conservé ses fonctions : toutes ces observations (Godard, Curling, Monod, etc.) concernent des individus jeunes, très voisins de la puberté ou ayant au plus 20, 22, 24 ans. Plus tard, au contraire, la stérilité devient un fait constant. On est donc en droit de conclure que l'arrêt de développement qui empêche la descente du testicule n'entrave pas son évolution. Ce testicule, d'abord normal, perd peu à peu ses qualités physiologiques. Aussi doit-on dès maintenant se demander si une castration précoce pratiquée chez des jeunes gens est entièrement légitime et si on ne doit pas chercher à conserver l'organe en modifiant sa situation. C'est la tendance moderne de la clinique et les résultats obtenus sont dès maintenant assez satisfaisants pour encourager le chirurgien à entrer dans cette voie.

La conduite qu'on aura à tenir diffère d'ailleurs suivant que l'ectopie est compliquée de hernie ou simple ; pour quelques chirurgiens, cette division des cas est inutile, car un testicule en ectopie qui parcourt le trajet inguinal trace une voie facile à l'intestin qui peut s'y engager tôt ou tard ; il vaut donc mieux, disent-ils, prévenir la hernie et, du moment qu'une opération sanglante est tentée, oblitérer le canal inguinal en même temps qu'on cherchera à faire descendre testicule et

(1) Tuffier. Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. *Gaz. des Hôp.*, 29 mars 1890.

cordon. Mais nous allons voir que le traitement employé ne nécessite pas toujours une opération sanglante et que bien souvent le testicule descend à une époque tardive sans être suivi par l'intestin. La distinction mérite donc d'être maintenue.

Pour l'ectopie simple nous envisagerons avec M. Tuffier les procédés de douceur et les méthodes sanglantes. Le procédé de douceur par excellence consiste dans l'emploi de massages méthodiques.

Des pressions, douces d'abord, sont exercées le long du trajet inguinal ; les doigts rencontrent la glande et, continuant leur mouvement de haut en bas, la poussent aussi loin que possible ; ils rencontrent bientôt une résistance ; c'est en ce point qu'il faut déployer une certaine force, exercer sur le cordon une traction dont l'intensité sera limitée par la douleur ressentie. Les séances, de 10 à 15 minutes chacune, sont répétées autant que possible tous les jours, à moins qu'il n'en résulte une sensibilité persistante. Très souvent, dès la 3e ou 4e séance, le testicule descend et occupe le scrotum ; ordinairement il en faut un plus grand nombre ; un mois de traitement est la moyenne nécessaire. Ailleurs la descente est plus lente et c'est insensiblement que les progrès s'accomplissent. On doit les surveiller attentivement et mesurer jour par jour le terrain conquis ; si, en effet, après la dixiéme ou douzième séance l'organe restait stationnaire, il ne faudrait guère espérer le voir descendre sous l'influence de massages plus prolongés et on recourrait à d'autres moyens que nous aurons à examiner.

La descente du testicule jusqu'au fond du scrotum constitue le temps le plus important de ce mode de traitement.

Pour beaucoup de personnes, on doit s'en tenir là, et le cordon ainsi allongé, dégagé des légères brides fibreuses qui le retenaient, conserverait sa longueur et le testicule n'aurait plus aucune tendance à remonter. Tel n'est pas l'avis de M. Tuffier qui montre par des exemples nombreux la nécessité de fixer la glande au scrotum ; plusieurs observations font voir, en effet, que sans cette précaution le testicule a une tendance à rentrer dans le trajet inguinal. Le procédé d'orchidopexie est le suivant : « On passe à travers la portion de la région scrotale attenant à la cloison des bourses un fil de catgut ou mieux un fil de soie phéniquée qui embroche la partie inférieure de la glande et ressort tout près de son orifice d'entrée. Il est serré là sur un gros catgut ou noué directement sans striction violente. Un pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate maintient le tout ; le fil de soie est enlevé du 7e au 10e jour ; le fil de catgut serait abandonné. »

La suture de la vaginale seule est insuffisante, car le testicule peut encore évoluer dans la cavité vaginale et remonter ainsi jusqu'à une certaine hauteur. On arriverait peut-être à une bonne fixation en n'intéressant que l'albuginée ; mais c'est une manœuvre impraticable, car cette tunique a à peine un dixième de millimètre d'épaisseur et on ne saurait l'atteindre sans intéresser en même temps le tissu de la glande.

Ce traumatisme est d'ailleurs tout à fait inoffensif ; tout au plus voit-on au niveau du passage des fils de soie une zone de sclérose de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. Ce qui est à éviter à tout prix, c'est d'intéresser l'épididyme, car on produirait en ce point une oblitération des canaux spermatiques.

On a objecté que la fixation du testicule sur une partie aussi mobile que le scrotum était illusoire et que le testicule qui aurait une tendance à remonter ne serait pas retenu par une aussi mince résistance. Nous avons déjà dit que les faits s'étaient chargés de répondre à cette objection et que les testicules fixés remontaient moins que ceux qu'on abandonnait à eux-mêmes. Sans doute, pendant les premiers jours qui suivent l'orchidopexie, on voit quelquefois une sorte d'invagination en doigt de gant du scrotum ; mais cette dépression ne tarde pas à s'effacer.

Lorsque des massages méthodiques n'ont pas suffi à amener la descente, il est nécessaire d'aller à la recherche du cordon et de le libérer de ses adhérences. Prenant pour exemple le cas où le texticule est fixé dans le trajet inguinal, nous résumerons briévement le manuel opératoire, renvoyant le lecteur à une thèse récente où les manœuvres sont décrites avec clarté et minutie. (1)

Une incision est pratiquée parallèlement au trajet inguinal environ à deux centimètres au-dessus du pli de l'aine et s'étend du milieu du scrotum au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, et même au delà. Les muscles et le tissu cellulaire étant divisés, on arrive sur la vaginale. La disposition ici n'est pas toujours la même ; tantôt il existe une vaginale propre formant un sac oblitéré de toutes parts, tantôt l'enveloppe séreuse du testicule se continue à plein canal avec le péritoine ; mais, même dans le premier cas, la vaginale n'est pas complètement libre et un cordon fibreux l'unit à la séreuse abdominale. On libère alors la face externe de la séreuse de ces adhérences cellulo-fibreuses ; le testicule descend, mais imparfaitement et, en exerçant une traction, on s'aperçoit que l'obstacle est constitué non par le testicule ou le cordon spermatique, mais par la séreuse qui les entoure sous forme d'une bride fibreuse unissant la vaginale au péritoine. Cependant les choses sont sensiblement différentes suivant que la communication vagino-péritonéale existe ou non : dans ce dernier cas les tractions suffisent souvent pour obtenir l'allongement nécessaire.

Lorsqu'au contraire la communication existe, il faut, après avoir incisé et disséqué avec soin la tunique fibreuse, ouvrir la séreuse au-dessus du testicule, en en laissant une quantité suffisante pour refaire une vaginale, puis disséquer toute la partie supérieure jusqu'au niveau du péritoine ; en ce point on lie ou on résèque le trajet ou les brides qui le remplacent. Le cordon est alors libre et le testicule descend facilement. Mais il est nécessaire de créer dans le scrotum une loge au testicule aux dépens du tissu cellulaire plus ou moins feutré qui remplit le scrotum. Les mailles sont déchirées avec le doigt et les glandes s'y placent librement.

Pour plusieurs chirurgiens, M. Richelot entre autres (2), ces manœuvres suffiraient ; dès que le cordon est libéré et a subi une élongation suffisante, le testicule aurait peu de tendance à remonter et on ne gagnerait presque rien à multi-

(1) C. Duchesne. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. — Th. Paris 1890.

(2) Richelot. — Traitement de l'ectopie testiculaire. *Union médicale*, 1890, p. 564.

plier les procédés de fixation. Tel n'est pas l'avis de M. Tuffier, à qui l'expérience a montré qu'un testicule ainsi abaissé quitte volontiers au bout de quelques semaines la loge artificielle ainsi créée. Aussi ajoute-t-il à cette suture deux autres moyens de contention; le premier consiste à fixer aux deux piliers de l'orifice inguinal ou au pilier externe seul les parties celluleuses ou même l'une des petites veines spermatiques au moyen d'un fil de soie; on obtient ainsi une légère traction sur la partie du cordon comprise dans l'abdomen. Le second moyen de fixation n'est autre que la suture du testicule au fond du scrotum; elle se pratique ainsi que nous l'avons déjà indiqué.

Enfin, s'il y a une hernie inguinale concomitante, on doit faire, séance tenante, la cure radicale, tout en maintenant le testicule fixé suivant les règles exposées ci-dessus.

Il va sans dire que ces procédés ne sont applicables que lorsque le testicule occupe le trajet inguinal ou tout au moins son orifice externe.

Lorsqu'il s'agit d'une ectopie abdominale, on doit, si le testicule est mobile, ordonner au malade de marcher pendant plusieurs heures avant l'opération dans le but d'amener le testicule vers l'orifice du trajet et l'y maintenir par une compression digitale. Dans le cas où le testicule est fixé dans l'abdomen, M. Lucas-Championnière a trouvé à l'entrée du canal inguinal, et s'y prolongeant plus ou moins, une sorte de pédicule séreux qui a permis d'amener le testicule à l'anneau.

Les indications d'une intervention opératoire sont, d'après ce qui précède, faciles à poser. En thèse générale, il n'est pas nécessaire d'opérer dans la première enfance à moins d'accidents rares, tels qu'une douleur vive ou une gêne sensible dans les mouvements. A cet âge on peut toutefois commencer à pratiquer des massages pour favoriser la descente ; dans le même but on pourra faire porter un bandage en fourche qui serait même indispensable en cas de hernie concomitante ; malheureusement, il est difficile de construire de bons appareils contentifs qui soient d'une parfaite efficacité chez les enfants. Aussi la concomitance d'une hernie indique-t-elle d'opérer de bonne heure. Dans les autres cas on peut sans inconvénient attendre jusqu'à 15 ans : nous avons vu qu'à cet âge la glande ectopiée n'a pas encore subi d'altérations histologiques graves, et que c'est entre 15 et 20 ans qu'elle commence à perdre ses caractères normaux. Si donc des massages régulièrement pratiqués sont restés inefficaces à cet âge, il ne faut pas laisser les cryptorchides arrivés à l'âge de 15 ans environ, perdre le bénéfice d'une opération qui peut leur conserver un organe à peu près normal. Si l'hésitation est permise dans les cas de cryptorchidie unilatérale, il n'en est pas de même quand elle est double, les conséquences sont ici beaucoup plus sérieuses et la fécondité même du sujet est en jeu : chez un jeune homme dont le testicule avait été ainsi descendu, M. Toupet a constaté ultérieurement la présence de spermatozoïdes normaux dans le sperme. Quand la malformation est bilatérale, on pourra, suivant les circonstances, opérer les deux côtés à la fois ou successivement ; mais ce qui importe surtout ici, c'est de ne pas trop attendre et de ne pas exposer la glande à perdre ses propriétés physiologiques.

Enfin chez l'adulte, dans les cas où la présence d'un testicule dans le trajet inguinal est la cause de douleurs vives, on peut obtenir par l'orchidopexie les mêmes résultats que par l'extirpation : tout récemment nous avons eu l'occasion d'opérer un homme de 30 ans dont le testicule, retenu dans le trajet, rendait tout effort très douloureux ou impossible : aujourd'hui l'organe est non pas au fond du scrotum, mais à quelques centimètres de l'orifice interne ; les douleurs ont disparu. Il y a là une considération morale dont il faut tenir compte avec certaines personnes : nous prendrons pour exemple le malade dont nous venons de parler et qui depuis les nombreuses années qu'il souffrait avait toujours refusé l'extirpation qu'on lui avait présentée comme l'unique moyen de guérison.

Dr E. Desnos,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Officier de santé préféré à un docteur pour la direction d'un hôpital. — Procédures à suivre dans les affaires d'intérêt professionnel.

Le médecin est généralement un mauvais plaideur, aussi arrive-t-il souvent que lorsqu'il s'adresse à la justice, il ne le fait pas utilement et de ce fait perd son procès. Il est bon dès lors que, lorsqu'il a une affaire litigieuse, il s'entoure des avis autorisés des membres de nos conseils judiciaires, il s'évitera des insuccès qu'il n'aurait pas eus s'il avait suivi des voies régulières. En voici une preuve.

La Société des Landes avait pris la défense d'un de ses membres, docteur en médecine, révoqué de ses fonctions de médecin d'hôpital par la commission administrative, sans que le préfet eût donné son avis. Le docteur avait été remplacé par un officier de santé, contrairement à la loi.

Une protestation adressée au préfet et au ministre de l'intérieur étant restée sans réponse, la Société résolut de poursuivre l'affaire devant l'autorité judiciaire. Alors se posèrent les questions suivantes :

A qui adresser la plainte ? Par qui doit-elle être formulée ? Contre qui ? Une consultation fut demandée à Me Vannesson ; elle est trop instructive pour n'être pas donnée ici en entier ; il importe de mettre sur leurs gardes nos confrères placés en présence d'un cas semblable et de leur montrer qu'il ne suffit pas d'avoir pour soi le droit, qu'il faut encore ne pas perdre cet avantage par l'ignorance de la loi et des règles de la procédure, par une action tardive ou mal engagée.

« 1° *La plainte au procureur de la République est-elle possible ?*

Non, parce qu'il s'agit d'une décision prise par l'autorité administrative, et, qu'en vertu de la séparation des pouvoirs, l'autorité judiciaire n'a pas compétence pour connaître des décisions prises par l'autorité administrative.

2° *Est-ce le médecin, lésé dans ses droits, qui doit intervenir, ou est-ce le bureau de la Société locale dont il fait partie ?*

— Si une plainte était possible, elle ne pourrait

être formulée que par le médecin lésé. Des médecins agissant en qualité de membres d'une Association constituée comme société de secours mutuels sont non recevables dans leur action, alors même que l'objet de l'Association serait de veiller au maintien de la dignité de la profession.

Il n'y a donc que le médecin lésé dans ses droits qui pourrait utilement la formuler.

3° *La plainte doit-elle être portée contre l'administration, ou contre l'officier de santé qui, en remplissant les fonctions de médecin d'hôpital, viole les dispositions de la loi de Ventôse ?*

L'officier de santé est couvert par la décision de l'autorité administrative qui l'a nommé, aucune plainte ne saurait être formulée contre lui. C'est contre la décision de l'autorité municipale seule que l'on devrait agir.

Or, le délai pour le recours devant le Conseil d'Etat, le seul possible, était expiré en l'espèce, il ne restait plus que la requête gracieuse tant au préfet qu'au ministre de l'intérieur.

Cette démarche ayant été faite et étant demeurée sans réponse, je ne connais aucun autre mode de procéder. Si le service de l'hôpital est mal fait, que les habitants se plaignent et qu'ils adressent une pétition au conseil municipal, réclamant leur droit, c'est-à-dire un docteur en médecine, au lieu d'un officier de santé. Même pétition au préfet ne pourrait qu'être très utile. »

Plus heureuse a été la Société de l'Ain, dans un cas semblable. Il s'agissait encore d'un officier de santé, nommé médecin titulaire de l'hôpital de Meximieux, alors qu'un docteur habitait la même ville. En vain le président, le Dr Hudellet, avait réclamé auprès de la commission administrative de l'hôpital. Sur l'avis du Conseil judiciaire de la Société, Me Rive, l'affaire fut soumise au Conseil d'Etat. La démonstration suffit. Avant d'attendre la décision, l'officier de santé s'était retiré.

Contestation des Honoraires.

Dans une contestation d'honoraires, nous voyons un jugement d'appel décider en faveur du médecin, conformément au rapport de l'expert, membre de la société, et en s'appuyant sur l'approbation donnée par le bureau de l'Association locale.

Un juge de paix avait cru devoir opérer une réduction des honoraires réclamés par un jeune confrère, et cela en dépit d'un rapport d'expert, lequel affirmait l'excessive modération du chiffre de la demande.

Le Bureau confirma unanimement, et sur tous les points visés, le rapport de l'expert, encourageant le confrère à poursuivre l'affaire en appel.

Le tribunal de première instance de Vendôme a donné raison au médecin et motivé ainsi son jugement :

Attendu que si la somme réclamée peut paraître élevée, il faut tenir compte de ce que les médecins ne sont astreints à aucun tarif, et qu'ils n'ont pour règle que leur discrétion professionnelle ; que les tribunaux ne doivent intervenir que lorsque la réclamation est véritablement excessive.

Attendu que M. le Dr Yvonneau, expert choisi par les parties, était tout à fait compétent et d'une indépendance absolue, qu'il ne peut être suspect de partialité.

Qu'il a trouvé que la réclamation de M. le Dr Thévard, loin d'être exagérée, était, au contraire, insuffisante ;

Attendu que son explication a été approuvée par le bureau de l'Association des médecins du Loir-et-Cher ; que c'est une nouvelle autorité à joindre à celle de l'expert... »

Les droits des médecins en cas de faillite.

Les droits du médecin, dont le client a fait faillite, ont été maintes fois précisés. Cependant voici encore un confrère de la Société de l'Ain qui hésite à en prendre son parti ; mais il a la bonne fortune, avant de s'exposer aux chances d'un procès, de consulter l'un de nos conseils judiciaires et la sagesse de s'en remettre à sa décision.

La dernière maladie, pour le payement des frais de laquelle l'article 2101, § 3 du Code civil, accorde un privilège, s'entend *exclusivement*, écrit Me Vannesson, de la maladie à laquelle le débiteur *a succombé*.

Par suite, lorsqu'un individu, tombé en faillite ou en déconfiture, a fait, avant la cessation de ses payements, une maladie dont les frais sont restés impayés, il n'y a lieu d'admettre comme privilégiées ni la créance du médecin pour ses honoraires, ni celle du pharmacien pour ses remèdes.

Le médecin maire de sa commune.

Au mois de février dernier, le président d'un arrondissement de Seine-et-Marne faisait savoir au Conseil général de l'Association que la question de l'incompatibilité légale entre les fonctions de maire et celles de médecin d'hôpital était à l'ordre du jour dans ce département. En réponse à une demande d'avis sur la question, Me Morillot adressait à Me Vannesson qui l'approuvait de son côté, la consultation ci-après :

« I. En principe, il ne paraît pas douteux qu'un médecin d'hôpital, alors même qu'il est payé sur des subventions fournies par la commune, peut être conseiller municipal.

La raison en est que l'art. 33 de la loi de 1884, en excluant les agents salariés de la commune, fait une exception formelle pour les personnes exerçant une profession indépendante, et qui reçoivent de la commune une rémunération pour des soins rendus dans l'exercice de cette profession.

II. Ce médecin d'hôpital qui peut, sans aucun doute, être nommé conseiller municipal, peut-il être nommé maire ?

A ne consulter que l'art. 76 de la loi municipale, on serait tenté de répondre affirmativement, ce texte décidant que le maire doit être nommé, sans distinction, parmi les conseillers municipaux.

Mais le maire étant, de droit, membre de la commission administrative des hospices (Loi du 5 août 1879), laquelle a autorité sur les médecins des hospices, il en résulte qu'il y a incompatibilité formelle entre la fonction de maire et la situation de médecin d'hôpital.

Ce principe ne me paraît comporter, en droit strict, aucun tempérament, et les circulaires ministérielles qui, dans un intérêt essentiellement pratique, ont admis le cumul des fonctions, sous la condition de se faire suppléer comme médecin, peuvent, à mon sens, être critiquées.

Si donc la question d'incompatibilité se posait

devant un tribunal, il me paraît très probable qu'elle devrait se résoudre dans le sens le plus rigoureux, et je doute beaucoup que force légale fût reconnue aux circulaires précitées, même sous le bénéfice des atténuations qu'elles comportent.

Les médecins des enfants assistés et les expertises médico-légales.

La Société de Laon, Vervins et Château-Thierry avait demandé au Conseil de faire résoudre la question de savoir si les médecins inspecteurs des enfants du premier âge étaient des fonctionnaires et, comme tels, obligés de répondre, en cette qualité à toutes les réquisitions ; s'ils devaient être taxés comme témoins ou comme experts. Me Vannesson a répondu :

« Les médecins inspecteurs des enfants du premier âge doivent être considérés comme agents de l'autorité publique, avec toutes les conséquences de cette situation. S'ils ont à déposer en justice à raison des faits parvenus à leur connaissance dans l'exercice de leurs fonctions, ils ne sont que témoins et, par suite, ne peuvent être taxés que comme tels. S'ils sont désignés spécialement pour une constatation déterminée et spéciale, ils sont experts et doivent être taxés comme experts. »

Un mutualiste peut-il faire soigner, aux frais de la Société, neveux, nièces, beaux-frères, etc.?.

Monsieur le Directeur,

Avez-vous eu connaissance d'un jugement qui vient d'être prononcé à Lyon contre une *Société de secours mutuels* ? Je joins à ma lettre le compte rendu sommaire découpé dans un journal.

Je puis ajouter que plusieurs Sociétaires m'ont affirmé que M. X... a été président et qu'il était d'une sévérité excessive pour des infractions souvent bien plus légères.

Vous penserez, comme moi, que les médecins des Sociétés peuvent être atteints dans leurs intérêts par un tel précédent, qui autorise tout Sociétaire à faire soigner, au compte de sa Société, ou plutôt du médecin, ses neveux, nièces, beaux-frères, etc.

Agréez, etc.

Dr Cassas.

Lyon, le 4 Mai 1890.

Jurisprudence mutualiste.

La 1re Chambre du Tribunal civil de Lyon a rendu hier un jugement d'un intérêt particulier pour les Sociétés de secours mutuels.

Un membre de la 14e Société de secours mutuels de Lyon, M. X... a fait donner à ses trois neveux et nièces, orphelins, dont il est tuteur, qui demeurent chez lui et qu'il traite comme ses enfants, les soins du médecin de la Société, alors que les statuts déclarent que, moyennant un abonnement de 6 francs par an, chaque sociétaire a droit aux soins médicaux pour lui, pour sa femme et pour ses enfants.

La Société, sans tenir compte de l'ancienneté de M. X.., qui en fait partie depuis vingt-cinq ans, a prononcé son exclusion pour le motif qu'il avait enfreint les statuts en faisant donner des soins, non à ses enfants, mais à ses neveux et nièces.

M. X... a introduit contre la Société une demande en réintégration. Il excipait de sa bonne foi, ses neveux et nièces étant pour lui ses enfants adoptifs ; il ajoutait que d'ailleurs la Société n'avait éprouvé aucun préjudice et qu'il avait enfin désintéressé le médecin en prenant à sa charge ses honoraires.

Le Tribunal a accueilli la demande de M. X... et a condamné la Société, en la personne de M. Goby : 1° à réintégrer M. X... dans le mois ; 2° à lui rembourser les honoraires des médecins qu'il avait eu à payer depuis son exclusion ; 3° à payer à M. X... 2.000 francs de dommages-intérêts, en cas de refus de le réintégrer ; 4° à tous les dépens.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Procès-verbal de la réunion du 10 *avril* 1890.

La réunion obligatoire d'avril a été pour le syndicat médical de l'arrondissement de Versailles un véritable jour de fête.

A quatre heures de l'après-midi la plupart de ses membres étaient réunis au siège de l'Association, restaurant Lapérouse, quai des Grands-Augustins, Paris.

Le syndicat avait invité MM. les Sénateurs du département et les Députés de l'arrondissement de Versailles, à la réunion et au banquet qui devait suivre. Cette démarche avait pour but de mettre en évidence devant nos élus du Parlement, les revendications des médecins, au moment où les Chambres vont être appelées à reviser la législation médicale.

La séance est ouverte à quatre heures.

Présents : MM. les Drs Chanu, Darin, de Fourmestraux, Giberton-Dubreuil, Christen, Groussin, Jeanne, Ledermann, Le Menant des Chenays, Landry, Pineau, Boyer, Gille-Bréchemin, Toussaint, Pannetier.

Empêchés et excusés : MM. les docteurs Lécuyer, Midrin, Ribard, Surre, Loncle, Martin, Debord, Tourneur et Ferrey.

MM. Gauthier (de Clagny) et Haussmann, députés, et un peu plus tard M Maze, sénateur, viennent s'asseoir au milieu de nous et discuter nos intérêts avec les preuves de la sympathie la plus vive et la plus sincère.

De plus, nos excellents confrères, MM. les docteurs Leroy, ancien président de l'*Union des Syndicats*, Bibard, président du *Syndicat de Pontoise*, Gauthier (de Magny), président du *Syndicat du Vexin*, Diard, président du *Syndicat de Rambouillet*, Pasturaud, délégué et ancien président du *Syndicat d'Etampes*, arrivent des divers points du département, nous apportant leurs précieux avis et désireux de témoigner par leur présence de l'union du corps médical en Seine-et-Oise sur le terrain des intérêts communs.

Enfin, l'infatigable directeur du *Concours Médical*, l'apôtre zélé des réformes médicales pratiques, le lutteur toujours sur la brèche pour la défense professionnelle, M. le Dr Cézilly, s'est

empressé d'accepter notre invitation et de prendre part, avec sa compétence exceptionnelle, à la plus importante des séances du syndicat jusqu'à ce jour.

M. le Dr de Fourmestraux, président, donne lecture des lettres fort aimables par lesquelles MM. les Sénateurs Journault et Decauville, ainsi que M. le baron Hély d'Oissel, député, s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion et promettent leur concours le plus dévoué devant les Chambres à la défense des intérêts médicaux. Il remercie ensuite MM. Gautier (de Clagny) et Haussmann, députés, et M. Maze, sénateur, de la preuve de sympathie qu'ils donnent au corps médical en honorant de leur présence la réunion du syndicat.

L'ordre du jour appelle en premier lieu le résumé des revendications des médecins devant la nouvelle législation qui se prépare.

A. — En ce qui concerne l'exercice de la médecine, le syndicat médical de l'arrondissement de Versailles propose l'adoption pure et simple du projet Chevandier. Il estime de plus que si, pour compenser la suppression de l'officiat de santé, les Chambres sont conduites à faciliter l'accès au grade de docteur en médecine, il faudra s'appliquer à réduire les frais scolaires imposés aux candidats, mais ne pas abaisser le niveau moral et scientifique de notre profession par des dispenses de titres universitaires ou une diminution des programmes.

L'article 9 du projet Chevandier indique que tout médecin qui donne son concours à la justice, quand il en est requis, doit être considéré comme expert, et qu'il y a lieu de reviser les tarifs d'honoraires fixés pour ces cas par le décret de 1811. Le Syndicat, adoptant ce principe, a voté, dans sa précédente séance, un projet de revision identique à ceux qu'ont formulés plusieurs autres Sociétés médicales, et entre autres *le Syndicat de la Loire-Inférieure* et *l'Association générale des médecins de France*. Le projet voté par l'*Association générale* offrant même pour les médecins des avantages plus considérables, le *Syndicat de l'arrondissement de Versailles*, désireux d'ailleurs de ne pas voir se multiplier les propositions, ce qui pourrait prolonger la discussion devant les Chambres, déclare l'accepter dans son entier.

Le *Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles* a placé également au nombre de ses revendications la reconnaissance de l'existence légale des Syndicats médicaux. *MM. les députés présents* estiment, comme M. le Dr Cézilly, que dans l'intention des législateurs de 1884 il n'avait pas été fait à notre sujet d'exception préjudiciable, que l'esprit et même la lettre de la loi sur les Syndicats professionnels ont été méconnus par la Cour de Cassation quand elle a refusé aux membres des professions libérales le droit de se syndiquer, et qu'il y a lieu de demander à la Chambre actuelle de redresser l'injuste interprétation fournie par la magistrature.

B. — A l'heure où le gouvernement vient de prendre l'initiative d'une loi organisant l'Assistance publique dans les campagnes, le Syndicat estime qu'il faut se hâter de seconder les efforts de MM. Constans, ministre de l'intérieur, et Bourgeois, ministre de l'instruction publique, dans la tâche qu'ils ont entreprise. Il prie donc MM. les députés et sénateurs du département de Seine-et-Oise d'appuyer tout projet qui consacrera les dispositions suivantes :

I. — Les communes, à défaut de la famille, doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Plusieurs communes peuvent s'associer en syndicat pour remplir ce devoir social.

II. — Il doit exister, dans chaque commune, ou syndicat de communes, un bureau d'assistance publique.

III. — Dans chaque département, le conseil général détermine par un règlement, au mieux des convenances locales, le mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale aux indigents. Ce règlement doit être approuvé par le ministre de l'intérieur, après avis du conseil supérieur de l'Assistance publique.

IV. — Les communes, ou syndicat de communes, qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers les indigents malades, peuvent être autorisés, par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

V. — Chaque année, le conseil général fixe la part contributive des communes, dans les dépenses d'assistance de leurs *malades indigents*, et la part contributive du département.

Il doit tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents porté par elle sur la liste de ceux qui doivent recevoir gratuitement les secours médicaux et pharmaceutiques.

VI. — Les dépenses qui résultent pour les communes de l'application de l'article précédent sont obligatoires et peuvent être imposées d'office, conformément à l'art. 149 de la loi du 5 Avril 1884.

VII. — La liste des indigents admis à recevoir les secours médicaux et pharmaceutiques est préparée par le bureau d'assistance et arrêtée par le conseil municipal.

(*A suivre*).

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Cachets laxatifs et antiseptiques.

Poudre de belladone.................	1 gr. 50
Salicylate de magnésie...............	8 gr.
Salicylate de bismuth................	3 gr.
Naphtol β pulvérisé finement.........	12 gr.

Mêlez intimement et divisez en 30 cachets. Un de ces cachets au milieu des deux principaux repas pendant trois ou quatre jours par semaine.

REPORTAGE MÉDICAL

Policlinique de Paris.

Nous avons assisté, dimanche 11 mai, à la séance d'inauguration de la *Policlinique*, 28, rue *Mazarine*, dans un local qui, quoique provisoire, remplit les conditions essentielles de l'œuvre nouvelle. Salles de réception des malades, salles d'opération, laboratoires, distribution des médicaments, salles de cours, tout est prêt et suffisant pour atteindre le but qu'on se propose jusqu'au

jour où, la preuve de la vitalité de la policlinique étant faite, on pourra aviser aux moyens de la mettre réellement dans ses meubles.

La séance d'inauguration a été très réussie ; l'assistance était nombreuse. M. Defert, maire du VIe arrondissement, M. Jacques, député de la Seine et MM. Strauss et Pétrot, conseillers municipaux de la ville, ont promis leur appui, prodigué leurs encouragements.

La policlinique de Paris a divers objets : donner, à tout venant, des consultations ; faire les pansements ; fournir des médicaments gratuits. Ces consultations sont dispensées par des médecins spécialistes, en outre des médecins et chirurgiens. Toutes les branches de la spécialisation sont ou seront représentées par un ou plusieurs titulaires.

Autre but : inviter les étudiants en médecine à assister, à ces consultations de médecine et chirurgie générale ou spéciale. Faire par conséquent un *enseignement*.

A l'hôpital ne vient que le malade confirmé, à la policlinique viendra le malade au début, à diagnostic difficile, celui qui incombe en général au praticien. L'étudiant y rencontrera d'utiles leçons.

Un autre objectif encore de l'ambition de la policlinique est de faire des visites à domicile. Les chefs de service, accompagnés d'étudiants, se rendront chez le malade appelés par les *médecins de quartier* correspondants de la policlinique.

Selon le besoin, après consultation, un ou plusieurs étudiants seront chargés d'exécuter les prescriptions et de faire les pansements nécessaires.

Ce n'est pas sans motif que nombre de dames avaient été invitées et assistaient à l'inauguration. La policlinique veut en faire des collaboratrices, des visiteuses, des bienfaitrices de ses malades de la ville.

Nos lecteurs verront par ce court exposé que la policlinique sera : *dispensaire*, *consultation*, *bureau de bienfaisance*, *école d'enseignement pratique*, etc.

Cette ambition est louable, toute vaste qu'elle est, et nous voulons l'encourager autant que possible, en signalant les écueils :

1° Il ne faut recevoir, soigner que des indigents, des pauvres honteux, sous peine de nuire aux intérêts de la profession médicale et de mal utiliser l'argent qu'on recevra sans aucun doute, sous forme de dons, de subventions, de souscriptions. Le malade devra fournir, par certificats, feuilles de contributions, etc..., la preuve qu'il a besoin d'être assisté.

2° Il ne faut pas faire double emploi avec les *bureaux de bienfaisance*. Sous ce rapport, nous sommes tranquilles, puisque M. le Dr *Passant*, l'âme des bureaux de bienfaisance, nous a affirmé qu'il souhaitait le succès de la policlinique et lui accordait son entier patronage.

3° On pourrait craindre de faire double emploi avec les consultations des hôpitaux et de dresser un enseignement libre, en face de l'enseignement officiel. Sous ce rapport, tout le monde sait que les consultations hospitalières sont insuffisantes et que l'enseignement libre n'existe pas et ne peut que conspirer avec l'enseignement officiel à l'instruction de l'étudiant. Donc, nul danger.

4° Il faut que les chefs de service de la policlinique présentent des garanties de savoir. Sous ce rapport, à défaut de titres officiels très notables, les organisateurs actuels nous apparaissent comme suffisamment pourvus et parfaitement honorables.

Il dépend d'eux de ne s'adjoindre que des médecins semblables à eux. Ils gagneront promptement, par leurs services, la notoriété, l'autorité qui leur manquent. Une direction ferme, sévère, est donc la seule condition du succès qui leur est réservé, s'ils savent le mériter, comme nous le souhaitons vivement.

La policlinique a pour président : M. le Dr Arthaud ; pour directeur, M. le Dr Butte ; pour secrétaire-trésorier, M. le Dr Nattier. Comme titulaires de médecine et chirurgie générales et spécialisations : MM. les docteurs Bouisson, Gillet, Floquet, Ollivier, Bacchi, Chalry.

Nous reproduirons prochainement les discours de MM. *Arthaud*, *Butte* et *Nattier* qui sont un exposé des motifs de la création de la policlinique et auxquels nous avons applaudi de bon cœur.

—M. *Constans*, à l'un des derniers conseils des Ministres, a fait approuver un projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, projet qu'il a élaboré de concert avec ses collègues de l'instruction publique, de la justice et des affaires étrangères.

Enfin, le ministre de l'intérieur a annoncé qu'il préparait actuellement un projet sur l'assistance publique dans les campagnes, sur le service médical gratuit et sur la création de dispensaires et d'infirmeries dans les campagnes.

— Le 5e dîner statutaire de l'*Association de la presse médicale* a eu lieu le vendredi 9 mai, restaurant Marguery, sous la présidence de M. *de Ranse*, syndic.

L'élection de M. le Dr *Bilhaut*, rapportée par M. le Dr Laborde (parrains : MM. *Gillet de Grandmont* et *Lucas-Championnière*) a été ratifiée par l'Assemblée.

D'après les statuts, un des syndics, M. le Dr *Césilly*, soumis à la réélection, a été renommé syndic pour une période de 3 années.

La réunion, après s'être entretenue de divers sujets d'intérêt général, a décidé que des démarches seraient faites par les syndics auprès des Compagnies de chemins de fer ; du président du Syndicat de la presse et des présidents des Expositions du *Champ de Mars* et du *Salon des Champs-Elysées* pour obtenir certaines facilités pour les membres de l'Association.

Il a été question de la nouvelle policlinique de la rue Mazarine, sur laquelle divers membres ont fourni des renseignements.

On a décidé que dans certaines occurrences, des représentants de la presse médicale étrangère pourraient être invités aux dîners.

Le Congrès de Berlin. — La majorité des membres du Syndicat de la presse médicale est d'avis que les médecins français doivent prendre une part active au Congrès médical international de Berlin.

Elle se fonde sur les raisons suivantes :

1° Ce Congrès est la suite de réunions analogues qui ont eu lieu successivement dans diverses ca-

pitales et dont la première s'est tenue à Paris en 1867. Les médecins français doivent d'autant moins déserter ces grandes assises médicales qu'ils en ont pris les premiers l'initiative. Le but de ces Congrès, exclusivement scientifiques, consiste à poser et discuter les questions de médecine générale et spéciale et d'hygiène, qui intéressent tous les Etats ;

2° Le français est l'une des trois langues officielles du Congrès, celles qu'emploiera la grande majorité des délégués belges, espagnols, grecs, hollandais, italiens, roumains, russes, suisses, turcs, américains du Sud, etc. Nos nationaux ne peuvent donc avoir la crainte d'être incompris ou isolés ;

3° Le Corps médical français a le devoir de se produire, de faire connaître ses méthodes, les résultats de ses travaux, dans une réunion de savants destinée à enregistrer les progrès de la médecine, à discuter les sujets les plus importants à l'ordre du jour.

L'affirmation de la vie et de la puissance scientifiques de notre pays serait un nouveau gage de succès pour l'avenir. Dans ce concours de savants, qui n'exclut ni l'émulation, ni les rivalités d'écoles, ni la pacifique et fructueuse concurrence des nations, nous devons mettre au mieux en évidence, devant le monde médical, notre travail national, notre enseignement, nos hommes et nos publications.

Ont signé :

Cornil, Laborde, de Ranse, H. Huchard, Ch. Richet, Galezowski, Bourneville, Gouguenheim, Cézilly, Doléris, Auvard, de Maurans, Prengrueber, Gorecki, Duplay, Joffroy, Gillet de Grandmont, Chavanis, Nicaise, Mauriac.

— *Société d'Hygiène et de Médecine publique.* — Conditions d'entrée : Présentation par deux membres, et vote sur l'élection. Les membres de province paient 30 fr. comme les autres ; ils reçoivent, chaque mois, la *Revue d'hygiène* et annuellement le *Bulletin spécial de la Société*, formé avec les travaux (tirés à part) de celle-ci, publiés dans la Revue.

— Nous recevons de M. le Dr Philbert des renseignements précis sur l'objet de la réunion qui a eu lieu, il y a quelque temps, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Lorsqu'on a formé les Bureaux, M. le Dr Bourneville a été nommé président, MM. Bernheim et Philbert, assesseurs.

Le docteur Laineau a expliqué que la réunion avait pour but *principal* d'examiner le projet de M. *Lockroy* relatif à l'exercice de la pharmacie, qui contient des articles portant atteinte aux intérêts médicaux.

On a dit que le *Conseil des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine* avait examiné les divers projets de loi relatifs à l'exercice de la médecine, mais qu'il ne s'était pas occupé de celui de la pharmacie.

Après diverses observations, on a nommé une commission composée de MM. Laineau, Bernheim, Tolédano, Peltier et Rondeau, chargée de rédiger un questionnaire destiné à être soumis à toutes les Sociétés d'arrondissement. Un rapport devra être présenté à une nouvelle assemblée.

D'autre part le Directeur de la *Gazette des Hôpitaux* a reçu la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Je vous serais obligé de vouloir bien publier, dans le plus prochain numéro de votre estimable journal, la déclaration suivante :

« Dimanche 20 avril, un certain nombre de médecins de la Seine se sont réunis à l'École pratique de la Faculté de médecine sur une convocation de M. le docteur Laineau. Cette réunion, présidée par M. Bourneville, décida de nommer une commission pour examiner le projet de loi concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et présenté à la Chambre par M. Lockroy. Cette commission, composée de MM. Bernheim, Laineau, Pelletier, Rondeau et Tolédano, s'est réunie et s'est dissoute immédiatement parce qu'elle a estimé que le mouvement provoqué par M. Laineau ne lui appartenait à aucun titre et que ce rôle revenait de droit aux différentes sociétés médicales déja constituées, qui, d'ailleurs, se sont déjà occupées de cette question. »

Au nom de la Commission :

Dr S. Bernheim.

— L'*Association des Médecins de la Seine*, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des Membres malheureux de la profession médicale, a tenu, Dimanche, sa 27e Assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le Secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 55,897 francs dont 17,682 fournis par les cotisations, 3,765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru quatre sociétaires, cinquante-sept veuves ou familles de sociétaires, enfin trente autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1,200 fr. chacune ont été allouées à des sociétaires âgés infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 43,800 fr. Une somme de 10,200 fr. a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du Bureau pour le prochain exercice ; ont été réélus : *président*, M. Brouardel ; *vice-présidents*, MM. Blanche et Guyon.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Etude Anthropologique sur les prostituées et les voleuses, par le Dr Pauline Tardowsky, volume in-8° de 226 pages, avec 8 tableaux anthropométriques et 20 dessins. Prix : 5 fr.

Lymphatiques des organes génitaux de la femme, par le Dr P. Poirier. Brochure in-8° de 60 pages avec 11 fig. Prix : 2 fr.

Cours d'hygiène, par le Dr Mora et Charles Véziez. Ce volume, dû à un membre du Concours médical, est un traité élémentaire, à l'usage des gens du monde, des Maires, des instituteurs, etc... Nos confrères y trouveront nombre d'indications dont ils pourraient faire grand profit.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 21 24 Mai 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Péritonite et méningite à pneumocoques sans pneumonie.

Chaque jour des faits nouveaux viennent confirmer la réalité nosologique de cette infection générale par les pneumocoques ou microbes pathogènes de la pneumonie fibrineuse lobaire, dont M. *Netter* a eu le mérite de nous faire connaître les traits principaux.

On a su ainsi successivement que le microbe de la pneumonie (diplocoque lancéolé de Talamon et Frænkel), qui existe à l'état normal dans la salive et le mucus nasal de bon nombre d'individus sains, est susceptible, dans certaines conditions étiologiques, telles que le refroidissement, d'aller provoquer l'inflammation du poumon, et que les complications cérébrales, péricardiques ou pleurales qui surviennent au cours de la pneumonie, sont causées par le transport de ce même pneumocoque.

On avait pensé d'abord que ce microbe, dont la bouche et le nez sont l'habitat ordinaire, allait causer la pneumonie en descendant le long de la trachée et des bronches, pour se propager ensuite, dans les cas de complications, au cerveau par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques de la muqueuse du pharynx à travers la lame criblée de l'ethmoïde. On a connu aussi les otites par pneumocoques, et on invoqua la migration du nez à la caisse du tympan par les trompes d'Eustache. Les arthrites purulentes, le pseudo-rhumatisme infectieux qui complique quelquefois la pneumonie, ne s'expliquaient pas si facilement ; puis on connut des cas où, le poumon n'étant pas atteint par les pneumocoques, on trouve les autres inflammations des séreuses causées par les pneumocoques associées diversement. Il devint dès lors probable que l'infection de l'organisme par les pneumocoques se fait par le sang, dans certains cas au moins.

Or voici que deux internes du professeur *Debove* ont observé un cas où sans pneumonie existaient simultanément deux localisations extra-pulmonaires du pneumocoque, dans des cavités si éloignées l'une de l'autre que le sang seul peut les mettre en communication. MM. *Bouley* et *Courtois-Suffit* ont eu à faire l'autopsie d'un homme de 54 ans, alcoolique, qui était entré à l'hôpital avec un délire violent comparable au délire alcoolique et un ballonnement du ventre assez douloureux à la palpation, l'examen de tous les organes étant négatif. La mort survint rapidement dans le coma.

On trouva d'une part une péritonite généralisée avec une couche épaisse de pus verdâtre, consistant, s'étendant comme une pseudo-membrane continue sur tous les viscères et sur la face interne de la paroi abdominale, sans perforation intestinale. D'autre part, existait une méningite purulente généralisée sans aucune lésion osseuse, le pus ayant les mêmes caractères que dans le péritoine. Dans le pus des méninges, le pneumocoque se trouvait en culture pure ; dans le pus péritonéal, il y avait un mélange de pneumocoques et d'autres micro-organismes.

Enfin on trouva des pneumocoques dans le sang.

Les présentateurs de ce cas intéressant ont insisté sur les caractères de ce pus verdâtre, de consistance crémeuse et plastique, qui sont tout à fait typiques du pus à pneumocoques, si bien qu'avant tout examen bactériologique on peut être à peu près certain d'y trouver ce micro-organisme. Ils ont pensé que, étant admise l'infection primitive du sang par les pneumocoques partis de la bouche et des voies respiratoires supérieures, l'alcoolisme leur paraissait expliquer mieux que la similitude de tissus la double localisation sur deux séreuses aussi éloignées : l'influence de l'alcoolisme est notée dans beaucoup de méningites pneumococciques ; or, si l'on accorde à l'alcool une influence nocive sur le cerveau, on ne saurait lui en refuser une analogue sur le système porte.

M. *Sevestre* a observé chez une petite fille atteinte de pneumonie sans cause connue depuis

15 jours, une péritonite localisée à la fosse iliaque droite ; une tuméfaction énorme s'était formée, on retira par ponction du pus dans lequel M. Netter trouva des pneumocoques ; dès lors M. Sevestre porta un pronostic bénin ; l'abcès fut vidé, lavé, et l'enfant guérit rapidement.

Chorée molle avec atrophie musculaire.

L'existence de paralysies plus ou moins étendues dans la chorée de Sydenham est connue depuis West, qui a créé pour ce cas le nom de chorée molle, et notre collègue Ollive leur a consacré une thèse intéressante en 1883. M. *Raymond* vient d'en signaler un cas dont l'intérêt principal réside dans la production consécutive d'une atrophie musculaire d'un des bras paralysés.

La paralysie survient lentement dans les membres les plus agités par les mouvements choréiques ; elle est le plus souvent hémiplégique ou monoplégique ; elle peut être étendue aux membres, à la nuque et même à la langue et au voile du palais. Elle peut coexister avec les mouvements choréiques, mais il est fréquent que ces mouvements diminuent à mesure que la paralysie s'installe et ils peuvent devenir très légers, presque imperceptibles.

Dans tous les cas de chorée molle, l'affaiblissement musculaire est hors de proportion avec l'intensité des mouvements choréiques, tandis que dans la chorée ordinaire, c'est l'agitation qui domine. Et, à ce sujet, M. Charcot a cité le cas d'un frère et d'une sœur qui offraient un contraste frappant : le premier avait la chorée à grands mouvements avec parésie des deux jambes, tandis que la sœur, atteinte d'une chorée molle, avait des mouvements choréiques très légers, mais était paralysée des quatre membres du tronc, et de la nuque.

Utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes.

M. *Netter* a eu raison d'insister sur cette question, et nous nous empressons de donner de l'écho à sa parole pour bien montrer à ceux de nos lecteurs qui répugnent à reconnaître l'utilité pratique de la bactériologie, que si cette étude nouvelle n'a d'abord servi qu'à éclairer la pathogénie, elle commence à assurer puissamment le pronostic et à guider sûrement dans l'institution du traitement.

Les pleurésies purulentes sont toujours de nature microbienne. Abstraction faite de quelques microbes qu'on n'y a rencontrés que par exception, on doit reconnaître qu'elles peuvent être réduites à quatre grandes espèces : 1° le pneumocoque, 2° le streptocoque pyogène, 3° les organismes saprogènes de la putridité et 4° le bacille de la tuberculose.

Le diagnostic de ces quatre espèces se fait par l'examen bactériologique. Il ne demande que peu de temps pour les trois premières.

Il est souvent un peu plus long pour la pleurésie purulente tuberculeuse, où il faudra attendre parfois les résultats de l'inoculation.

Dans les pleurésies purulentes tuberculeuses, l'examen microscopique fait voir tantôt le bacille de Koch, tantôt le staphylococcus aureus. Quelquefois on ne trouve aucun microbe comme dans le pus des abcès froids.

La fréquence relative de ces grandes variétés est la suivante :

Les pleurésies à pneumocoques et à microbes pyogènes (streptocoques et staphylocoques) forment plus des trois quarts des pleurésies purulentes.

La pleurésie purulente à pneumocoques est très fréquente chez l'enfant. Le streptocoque est en revanche plus rare.

Chez l'adulte la proportion est renversée.

La pleurésie purulente à pneumocoques est la moins grave. Elle est souvent précédée de pneumonie. Elle peut guérir spontanément par vomique.

FEUILLETON

Causeries quodlibétaires.

La Vulgarisation de la Médecine est-elle un mal ? est-elle un bien ? (*Suite*)

Si donc l'on réfléchit combien, dans la pratique de notre art, les illusions sont faciles et les théories décevantes, on s'apercevra bien vite qu'il n'est pas possible à des gens du monde de les éviter.

Il n'y a pas un empirique qui, après avoir énucléé quelques dents avec succès, ne se considère comme un opérateur habile et hésite à se croire un dentiste !.. Pas une bonne femme qui ne se dise autorisée à formuler des règles pour élever les enfants à la bouteille, parce qu'elle aura réussi à mener à bien quelques élevages !... Pas un médecin débutant qui, après avoir guéri deux cholériques sur trois qu'il a traités, ne se fonde là-dessus pour préconiser sa méthode et la proclamer la seule efficace !...

Ah ! Que la présomption est facile dans l'exercice d'un art aussi délicat à manier ! Et comme il est commun d'y perdre la tête et de se laisser tromper par les apparences !

La nature guérit souvent, très souvent sans nous, et même malgré notre intervention parfois aventureuse et intempestive. Dans l'immense majorité des cas les maladies, qu'on les traite bien, qu'on les traite mal, qu'on ne les traite pas du tout, ont naturellement une terminaison favorable. Je dis : *naturellement*, parce que le principe de vie, lutte spontanément contre les causes de destruction, parce que chaque âme possède une force médicatrice que le vulgaire ne soupçonne peut-être pas, mais sur laquelle les médecins savent qu'il faut compter. Combien de succès qu'on nous attribue que nous croyons dus à nos efforts, et qui en réalité ne sont imputables qu'à ceux de la nature....

— Tout le monde sait bien cela.

— Vous le savez, confrère, mais il est tant d'étourneaux de la profession qui semblent l'avoir oublié, par le temps qui court !... Que les gens du monde se mêlent de traiter les malades, et quatre-vingt-dix pour cent tomberont dans ce ridicule, et se glorifieront des résultats heureux auxquels ils n'auront nullement participé.

Non, je ne sache pas une profession dans la-

L'indication thérapeutique consiste à évacuer le pus. Pour cela la ponction est généralement suffisante. Il n'y aura pas lieu d'ajouter les injections antiseptiques. On pourra être amené à faire l'empyème dans tous les cas d'épanchements cloisonnés, se reproduisant très rapidement.

Dans le cas de pleurésie purulente renfermant en même temps le pneumocoque et le streptocoque, on se comportera comme dans les pleurésies à streptocoques.

La pleurésie à streptocoques, la plus fréquente chez l'adulte, réclame une intervention hâtive et énergique. Il faudra évacuer le pus rapidement et complètement, c'est-à-dire, pratiquer l'empyème de bonne heure. Il faudra faire une antisepsie rigoureuse, et pour cela nous croyons bon de recourir au lavage au sublimé suivi d'un fort lavage à l'eau bouillie. Ce traitement nous a donné de bons résultats.

Une pleurésie purulente à streptocoques peut guérir après une intervention moins énergique, mais ces cas favorables, tenant à une virulence moindre, sont rares et ne peuvent être prévus.

La pleurésie putride demande la thoracotomie suivie de lavages.

Cette opération donne souvent un excellent résultat.

La pleurésie purulente tuberculeuse ne doit pas être confondue avec les pleurésies purulentes chez les tuberculeux. Elle est ordinairement insidieuse, latente et chronique.

Les ponctions répétées à longs intervalles y amènent un soulagement marqué.

L'empyème ne fournit que des résultats incomplets et parfois facheux. La médication antiparasitaire n'y a pas encore donné de bons résultats, à notre connaissance.

MÉDECINE PRATIQUE

Syphilis conceptionnelle ; du prurit dans les lésions syphilitiques.

Le cas suivant n'est pas exceptionnellement rare ; il n'est cependant pas banal et prête à quelques réflexions pratiques.

Une jeune femme mariée depuis six mois avec un de mes clients m'avait consulté deux mois environ après son mariage pour une amygdalite folliculaire (amas caséeux dans les cryptes, rougeur et tuméfaction des amygdales). Elle guérit dans les délais voulus et je pus constater chez elle une hypertrophie persistante des tonsilles, qu'elle se connaissait d'ailleurs depuis l'enfance.

Après la suppression de deux époques menstruelles elle revint me voir avec son mari pour me demander quelques conseils d'hygiène relatifs à la grossesse probable, notamment pour savoir si elle pouvait sans inconvénients faire un petit voyage.

Au retour de ce voyage, c'est-à-dire quinze jours après, le ménage me fait appeler pour une indisposition dont les principaux traits étaient un mal de gorge modéré et des démangeaisons en divers points du corps.

Le mal de gorge consistait en une rougeur uniforme des amygdales, des piliers et du pharynx ; sur une des amygdales se voyaient deux points jaunes caséiformes incrustés dans des cryptes, tout à fait analogues à ceux que j'avais constatés dans la précédente amygdalite.

Les démangeaisons siégeaient sur la poitrine et le cou, le front, la face interne des cuisses, elles étaient constantes, mais s'exaspéraient la nuit par la chaleur du lit. La seule lésion visible consistait en quelques élevures acuminées à peine papuleuses, grosses comme des têtes d'épingles, dont plusieurs portaient à leur sommet une petite croûtelle sanguine, résultat ordinaire des excoriations de grattage ; d'ailleurs, dans les intervalles de quelques-unes de ces papules minuscules intactes ou excoriées, on

---

quelle il faille apporter autant de sage réserve et de timidité, quand on débute surtout, que dans l'exercice de l'art de guérir, et où la défiance soit mieux de mise et la modestie plus nécessaire.

Et pourtant, je le répète, parce que je ne crains pas de me tromper, il n'est pas d'état professionnel où l'on soit plus tenté de se faire illusion et d'en imposer aux autres en s'attribuant la réussite des cures et en mettant les insuccès sur le compte du patient ou de son entourage. On dirait vraiment que cette infatuation insupportable est inhérente, sinon particulière, à la médecine elle-même ; car à peine un écolier a-t-il quitté les bancs d'un amphithéâtre, qu'il élève la prétention d'être un maître dans l'art de guérir...

C'est un fait d'observation générale. Plus un art est conjectural, plus ceux qui l'exercent ont besoin de faire du prestige et de recourir aux assurances charlatanesques, plus ils sont enclins à se vanter et à se targuer d'infaillibilité.

Voilà pourquoi il est pernicieux, suivant moi, d'initier les gens du monde aux secrets de la thérapeutique, science difficile, et dont il convient d'interdire absolument l'exercice aux profanes.

* * *

La thérapeutique est comme le couronnement de l'édifice scolaire. Elle doit être réservée exclusivement aux seuls médecins qui se sont livrés à des études préparatoires et qui sont censés connaître les lois de la vie et les conditions normales de la santé ; qui savent par conséquent l'influence que peuvent exercer sur la constitution des individus et sur leur force de résistance l'âge, le sexe, les exercices, le régime, les variations climatériques, le milieu, les habitudes morales, etc., etc., toutes choses qu'il faut avoir apprises ou observées longtemps pour en tirer des indications que l'homme le plus intelligent ne saurait trouver tout seul.

Quiconque n'a pas une longue pratique et une grande expérience des malades, et qui se croit apte à guérir, est un illusionné et un esprit dangereux.

L'art de guérir se règle sur des cas particuliers et il varie nécessairement avec les situations qui se présentent. Il ne saurait être tracé d'avance en formules géométriques, ni appliqué à la mesure et au poids. Il demande au contraire à être manié avec tant de sagacité et de circonspection, qu'il n'est pas un médecin honnête, pour aussi instruit et expérimenté soit-il, qui n'éprou-

voyait, sous forme de stries érythémateuses parallèles, la trace des ongles récemment promenés avec énergie sur la peau. Point d'adénopathie. — Langue saburrale, anorexie, constipation.

Les démangeaisons avaient débuté au cours du voyage ; l'indisposition avait débuté par du rhume, une assez forte toux, et quelques rougeurs de la peau, un peu de fièvre, si bien qu'un médecin appelé avait le premier jour pensé à un début de rougeole ; puis le lendemain il avait renoncé à ce diagnostic pour mettre en avant celui de roséole printanière ou d'urticaire.

C'est à cette dernière opinion que mes clients se rattachaient volontiers, la jeune femme ayant mangé depuis quelques jours à tous ses repas du poisson, des crevettes ou du homard pour profiter de son séjour dans un port de mer. On m'ajoutait que les maladies cutanées étaient assez fréquentes dans la famille, chez laquelle plusieurs médecins s'étaient accordés à reconnaître la diathèse herpétique.

J'ouvre une parenthèse pour rappeler que l'herpétisme — expression aujourd'hui singulièrement vague et presque dénuée de sens pour en avoir eu plusieurs — désigne dans la langue des générations médicales qui nous ont précédés depuis Bazin jusqu'aux maîtres actuels de l'Ecole de Saint-Louis, la disposition manifeste à toute sorte de dermatoses, abstraction faite de celles qui ressortissent à la syphilis, à la tuberculose, à la scrofule, et à l'arthritisme. Cependant M. Lancereaux emploie le mot herpétisme pour désigner les manifestations diathésiques que tous nous appelons arthritiques. Je traiterai quelque jour cette question qui mérite de plus amples développements.

Pour en revenir à ma cliente, elle inclinait à se croire atteinte d'une variété d'urticaire par abus du poisson. Je la détrompai en lui démontrant que la lésion élémentaire actuellement visible, papules sèches ou excoriées prurigineuses, représentait très exactement le prurigo classique.

Alors le mari se rappelant que les draps de l'hôtel dans lequel ils avaient séjourné lui avaient paru d'une propreté douteuse émit cette supposition qu'il pouvait s'agir de la gale. Je combattis cette hypothèse par d'excellents arguments, l'absence de démangeaisons et de lésions aux lieux d'élection de la gale, espaces interdigitaux, poignets, seins, aucun sillon visible même à la loupe, en revanche l'existence de quelques papules sur le front et le cou (on sait que la gale respecte la tête) et l'intégrité absolue des téguments du conjoint.

J'inclinais pour ma part à attribuer simplement à la grossesse, aux fatigues du voyage et au dérangement des habitudes culinaires l'apparition de ce prurigo chez une femme prédisposée par hérédité aux manifestations cutanées. Il existe certainement un prurigo des femmes grosses. L'amygdalite et l'embarras gastrique n'étaient pas de nature à me surprendre, puisque j'avais quelques semaines auparavant assisté à une amygdalite à peu près semblable. Je conseillai des gargarismes astringents, des lotions antiprurigineuses, un régime alimentaire très doux, des amers et l'antisepsie gastro-intestinale.

Trois semaines s'écoulèrent sans que j'entendisse parler de ma cliente, lorsque le mari m'écrivit pour me faire part de l'inquiétude où le jetait l'état de sa femme qui ne s'était aucunement amélioré, bien au contraire. Les démangeaisons, disait-il, n'avaient cessé ni jour ni nuit, l'insomnie était presque absolue. Le mal de gorge avait un peu diminué, mais la bouche et les lèvres étaient douloureuses. Les lésions cutanées avaient augmenté de nombre et quelques-unes avaient changé de caractère. Il y avait des douleurs vagues, erratiques, dans les membres, notamment une sensibilité très prononcée à la pression des clavicules. L'appétit, il est vrai, était revenu et la langue s'était nettoyée, mais cependant l'amaigrissement était évident et progressif. Je me hâtai d'aller vérifier ces affirmations et, après quelques minutes d'examen, je compris la réalité et la gravité de la situation : la jeune femme était en pleine période secondaire de la syphilis !

---

ve quelque embarras, des hésitations et des scrupules, quand il s'agit de prescrire, dans les cas graves, une drogue un peu active, tellement il est pénétré de l'importance de ce qu'il va faire.

Que savons-nous en effet ?...Au milieu de tant de questions qui sont à résoudre et de causes morbides à rechercher, il est si facile d'en perdre une de vue ! Parmi les éléments d'information et d'instruction thérapeutique dont nous avons à nous préoccuper, il est si commun de faire une omission ! Et il suffira peut-être d'une négligence à cet égard pour qu'un médicament soit administré mal à propos ou à contre-sens et pour que tout soit compromis. Voilà ce qu'on se dit.

Et c'est un art aussi difficile à exercer que le premier venu ose pratiquer effrontément, au vu de tout le monde ! Ce sont des prescriptions d'une portée aussi dangereuse que des gens étrangers à la médecine, ignorants ou lettrés, des religieux, des artisans, des apothicaires et de simples herboristes n'hésitent pas à faire avec une inconcevable audace ! Et telle substance toxique que nous, médecins par état, nous n'ordonnons qu'après avoir interrogé minutieusement le patient, qu'après l'avoir scruté dans tous les sens, confessé et palpé, des empiriques présomptueux et sans responsabilité professionnelle, la recommandent tous les jours, comme s'ils ne soupçonnaient nullement les désordres qu'un poison pareil peut occasionner chez un malade.

A l'appui de ce que j'avance, je veux citer une observation que tout médecin pratiquant a été à même de faire comme moi.

Une indication qui est très en vogue dans les campagnes et même dans les villes, c'est celle qui a pour objet de détruire les vers intestinaux. Sur la foi de médecins, plus naturalistes qu'observateurs, qui ont dans l'idée que la plupart de nos affections procéderaient de ces bestioles, on ne craint pas de recourir étourdiment à des substances très actives qui ont la vertu de tuer les vers. Parmi ces substances, il n'y en a pas de plus accréditée dans le peuple que le *semen-contrà*. Or, quand cette graine, ou la santonine qu'on en tire, est administrée à des enfants bien portants, elle produit certains malaises, comme des vertiges et des maux de tête, qui sont un prélude d'intoxication. Mais quand la santonine est donnée à des enfants en cours de fièvre, c'est toute une autre affaire. Le poison vermifuge jette les malades dans une agitation incroyable, au point d'amener de véritables convulsions.

En effet je constatai, en plusieurs points de la peau au devant du sternum, sur les reins et les cuisses, outre les papules prurigineuses et excoriées précédemment vues, plusieurs papules régulièrement arrondies, lenticulaires, d'une teinte jambon fumé, planes ou excavées à leur centre, très légèrement humides, en un mot cette variété de condylome cutané bien décrite par mon célèbre homonyme et connue depuis lui sous le nom de plaque de Legendre. Sur la lèvre inférieure, sur la face interne des joues, existaient de petites taches blanchâtres opalines, humides, excoriées qui ne pouvaient être que des plaques muqueuses.

Les amygdales étaient moins rouges et moins tuméfiées ; il n'y avait plus d'amas caséeux, dans les cryptes, mais des plaques muqueuses indubitables, avec cette odeur spéciale indéfinissable que dégage leur sécrétion. Sur le cuir chevelu, qui était toujours le siège de démangeaisons très vives, une vingtaine de papules ou vésiculo-pustules, la plupart excoriées et recouvertes de croûtelles sanguines ; il me suffit de tirer doucement sur quelques cheveux pour les voir me rester entre les doigts.

Au niveau des clavicules la pression était pénible, il existait de la périostose. Quelques petits ganglions indurés roulaient sous le doigt dans les régions cervicale et inguinale. Aucun ganglion plus volumineux que les autres.

Pour faire comprendre l'état d'esprit dans lequel me jeta aussitôt cette inspection analytique, je dois dire d'abord que mes clients appartiennent à une des plus honorables familles bourgeoises qu'il soit possible de rencontrer. Le mari est un chrétien sincère et pratiquant sans aucune affectation, la femme est absolument parfaite de tenue et de convenance, et le ménage est de toute évidence en pleine lune de miel. Depuis deux ans que je soigne le mari, je n'ai jamais constaté chez lui que des indispositions insignifiantes, une fièvre herpétique avec vésicules sur les amygdales, sur les lèvres et sur le prépuce (à cette occasion il m'avait dit être sujet à l'herpès récidivant de la verge), quelques troubles dyspeptiques intermittents et des moins importants. Que venait faire la syphilis dans un pareil milieu ?

J'ajoute que dans tous les traités classiques de dermatologie il est écrit que les *éruptions syphilitiques ne sont pas prurigineuses ;* c'est même un des caractères différentiels qu'on leur assigne. Je sais bien qu'il y a des exceptions à toutes les règles et plus encore en dermatologie peut-être qu'ailleurs ; je viens de constater, en relisant les observations que j'ai recueillies pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, que le prurit est signalé dans plusieurs d'entre elles, mais je n'avais pas été frappé jadis de cette mention ou j'avais attribué les démangeaisons à une coïncidence, soit la gale, si commune dans ce milieu hospitalier, soit la phthiriase. Je viens d'ailleurs d'apprendre de mon distingué collègue et ami Feulard, chef de clinique du professeur Fournier et bibliothécaire de l'hôpital Saint-Louis, dont l'érudition est impeccable, qu'une thèse a dû être soutenue récemment sur les syphilides prurigineuses. Mon autre collègue Morel-Lavallée, ancien chef de clinique lui aussi des maladies cutanées et syphilitiques, admet que le prurit n'est pas exceptionnel dans les éruptions syphilitiques, — affaire de terrain probablement et de réaction nerveuse.

Chez les prédisposés aux dermatoses, ceux que M. Hardy appelait dartreux et Bazin herpétiques, la tendance au prurit s'éveillerait plus facilement, surtout s'ils sont d'un nervosisme accentué, ce qui est le cas de ma jeune cliente. Peut-être enfin l'état de grossesse, qui par lui-même est capable de provoquer du prurigo, est-il un facteur à faire entrer en ligne de compte et même je ne suis pas éloigné de penser que chez ma cliente un prurigo non spécifique a évolué pour son propre compte, précédant l'apparition des syphilides et continuant côte à côte avec les autres accidents secondaires. Quoi qu'il en soit, chers confrères et lecteurs, quand vous trouverez des démangeaisons chez des syphilitiques, n'en soyez plus surpris, comme vous auriez droit de l'être

---

Quand je suis appelé chez un petit fiévreux, si le malade est agité et inquiet au point de pousser des cris, s'il craint la lumière, s'il appréhende qu'on l'approche et qu'on le touche, je soupçonne qu'avant de faire appeler le médecin, l'apothicaire pourrait bien avoir passé par là.

— Cet enfant, dis-je, a peut-être des vers ?

— Oh ! non, M. le docteur ; car il n'en a pas rendu, quoiqu'on lui ait fait prendre pour cela quelque chose ces jours derniers.

Alors je suis fixé. C'est une intoxication par la santonine que j'ai sous les yeux. Je n'ai qu'à laisser passer, me bornant à prescrire un peu de lait ou de bouillon et quelque boisson diacodée.

Si j'avais procédé autrement et par un interrogatoire direct, si j'avais demandé : vous avez donné de la santonine ou du *semen-contrà* à cet enfant ?... Neuf fois sur dix on m'aurait répondu par la négative pour ne pas m'avouer qu'on avait médicamenté clandestinement.

Un jour je me trouvais en visite dans une famille amie dont je n'étais pas le médecin. On me fit voir un enfant atteint de fièvre et qui présentait les symptômes d'agitation que j'ai rapportés tout à l'heure. Je demandai : n'a-t-on pas donné de la santonine à cet enfant ?... La mère, frappée de ce que l'apparition de ces symptômes assez étranges avait coïncidé justement avec l'administration du remède, me dit : Est-ce que vous croyez que la santonine a pu faire cela ? — Je le crois absolument. Et les deux paquets qui restaient furent jetés à la rue sous mes yeux. Le petit malade y gagna certainement d'avoir eu son indisposition abrégée.

*
* *

La seule branche de la médecine dont les gens étrangers à l'art de guérir ne devraient pas s'occuper, c'est précisément celle dont ils s'occupent tout d'abord, la thérapeutique,

Ceux donc qui tentent d'initier le vulgaire au secret du traitement pharmaceutique des maladies, ceux qui lui vantent le bon effet de certaines drogues actives contre telle ou telle affection sont des croyants ou des spéculateurs ; mais ce ne sont pas de vrais médecins.

Quelle méprisable propagande que celle de tous ces traités de médecine usuelle, prétendus faits pour rendre service au pauvre peuple ! Quel dévergondage que toutes ces brochures médico-pharmaceutiques qui sont répandues dans le public par des milliers d'exemplaires ! Il est heu-

après la lecture de nos classiques : il n'y a pas incompatibilité entre le prurit et la syphilis ; qu'on se le dise.

Cependant, le mari, pris à part et mis au courant de la situation, se montra aussi stupéfait que désolé. Il me raconta que parmi les nombreuses érosions consécutives à l'herpès génital qu'il avait eues depuis son adolescence, il en était une qui, en 1887, montrée à un médecin de province, avait paru quelque peu suspecte. Mon client s'était donc empressé d'aller consulter une des plus hautes autorités de la syphiligraphie ; mais l'érosion était déjà cicatrisée quand il arriva près du maître, qui le rassura pleinement, ne constatant pas, paraît-il, d'adénopathie. Le conseil de s'observer attentivement pendant trois mois lui fut donné au point de vue de l'apparition d'accidents secondaires ; mais mon client ne remarqua rien, et à une visite ultérieure, l'éminent syphiliographe après un examen minutieux rassura, paraît-il, d'une manière absolue son visiteur, qui, désormais parfaitement tranquille, se maria avec la plus pure conscience. — Et cependant sa jeune femme vient de contracter la syphilis dans le courant du 3e mois de sa grossesse, sans qu'on puisse trouver aucune trace d'accident primitif... C'est là évidemment la syphilis conceptionnelle, l'infection de la mère par le fœtus procréé syphilitique par son père ; ce mode de contamination est classique.

Pour ne pas éveiller la défiance de la pauvre maman, et pour convaincre le mari, j'adressai le couple à un collègue spécialiste sans le prévenir en aucune façon de mon diagnostic ; il n'hésita pas à porter le même.

Il me reste à dire comment nous avons procédé pour traiter la malade sans la mettre au courant. Pour qu'elle pût lire l'ordonnance sans soupçon, on lui donna d'abord des pilules contenant de l'extrait de quiquina et de gaïac, et une solution de bromure de potassium ; puis, quand elle eut commencé à les prendre, on substitua des pilules et une solution exactement pareilles, mais à l'extrait de quinquina on ajouta le bichlorure d'hydrargyre et on remplaça le bromure par l'iodure. Les gargarismes, commencés avec le borate de soude, furent continués avec le chlorate de potasse ; aux applications topiques de glycérine sur les plaques muqueuses pendant deux jours succédèrent les attouchements avec la solution de Van Swieten, et aux onctions avec le glycérolé d'amidon sur les syphilides cutanées, les applications de pommade au calomel. Peut-être y a-t-il lieu d'espérer que le traitement sera assez rapidement efficace pour prévenir l'avortement d'abord et pour empêcher, si on esquive l'accouchement prématuré, la présence de lésions syphilitiques à la naissance.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La fièvre puerpérale et les sages-femmes

Le tribunal correctionnel de Lorient a jugé une affaire qui est appelée à un grand retentissement.

Dans le courant de février dernier, les bruits les plus graves circulaient sur les agissements d'une dame Cornou, sage-femme à Merville. On parlait de nombreuses femmes mortes en couches à la suite de soins donnés par cette sage-femme.

Une enquête fut ordonnée qui aboutit à son arrestation. A la suite de l'instruction ouverte par le parquet, il fut reconnu que sept femmes étaient mortes dans la période du commencement de janvier au 19 février.

Par les conclusions du jugement, *il est bien prouvé* que la femme Cornou, par sa négligence et sa malpropreté, a été le seul agent de transmission de l'infection puerpérale qui a occasionné la mort des sept malheureuses victimes.

La femme Cornou a été condamnée à six mois de prison et 50 francs d'amende.

---

reux vraiment que la technologie barbare plus que savante, dont ces ouvrages sont remplis, en rende la lecture absolument répugnante, souvent même incompréhensible.

Toutes ces brochures et la plupart des articles de revue et des comptes rendus plus ou moins scientifiques auxquels les journaux politiques ouvrent leurs colonnes, ont pour résultat, non seulement d'escroquer l'argent des dupes, qui ont foi dans des promesses mensongères, mais encore de nous obliger, nous, à composer avec une véritable bande de spéculateurs, car on nous demande : .... que pensez-vous du traitement à la parafine dont on dit tant de bien, du Dr Guéritout ?.... Et si je prenais pour désobstruer mes bronches et passer mon rhume la solution à la nigaudine du Dr Tabarin ?... ou les dragées du Dr Blagowski ?

Car ils sont tous docteurs à présent, ils ne s'en cachent pas ; afin que, sous le couvert de leur diplôme, ils soient à même d'exploiter un peu plus fructueusement l'honnêteté et le désintéressement du corps médical ; c'est pour mettre dans leurs marchandises une petite odeur de charité.

Commerce et charité, c'est la devise des anglo-saxons....

— ?

—

— ?

— Ce que j'en pense ?... C'est que j'en ai honte pour la pharmacie.

Il me semble même que nous sommes un peu maculés par cette exploitation. Les exploités de tous les plus à plaindre, ce sont nos pauvres malades.

Nous sommes quelquefois acculés à la nécessité de transiger et d'essayer, aux risques et périls de nos clients, les médications nouvelles, si nous ne voulons pas passer pour des esprits fermés au progrès, pour des gens qui tiennent *mordicus* à leurs privilèges et qui n'entendent pas lâcher le monopole en vertu duquel ils tirent profit des souffrances publiques.

C'est le monde renversé....

Les Suisses, — je lisais cela dernièrement — ont fini par interdire cette publicité scandaleuse et malhonnête qui allèche les lecteurs naïfs par des assurances frauduleuses. Nous verrons bien si cette interdiction peut produire quelque effet. C'est plus que je n'en crois.

(A suivre.)

Dr Perron.

Difficultés pour percevoir les honoraires des réquisitions militaires.

Monsieur le Directeur,

En 1870, j'ai assisté comme médecin, en vertu d'une réquisition préfectorale, aux opérations du conseil de revision au chef-lieu de canton et au chef-lieu de préfecture, et je n'ai jamais pu toucher un centime d'honoraires.

L'an dernier, j'ai été réquisitionné par le commandant en chef du corps d'armée pour donner des soins à notre garnison temporaire et, du 6 mars au 11 juin, j'ai soigné des soldats dont l'effectif s'est élevé, en moyenne, jusqu'à 180 hommes, rien que pour l'infanterie.

Après de nombreuses et humiliantes démarches, on a fini par me dire qu'*au-dessous* de 15 francs, on ne payait pas. Si les choses se passent ainsi dans toute la France, nous sommes encore vraiment rançonnés par l'administration du service de santé.

On croirait cependant que le *droit* de réquisition implique l'obligation de *payer*, mais il paraît qu'il n'en est pas ainsi. On me menace même de la prescription après le 31 mai.

Il est bien entendu que je ne rends pas responsable de cette fâcheuse situation l'honorable ministre de la guerre qui ne peut tout voir et tout contrôler par lui-même.

Elle est due au mauvais vouloir de fonctionnaires subalternes et je compte beaucoup, dans l'intérêt du corps médical tout entier, sur la généreuse et intelligente initiative du *Concours* pour terminer ce regrettable conflit ou ce triste et pénible malentendu.

Dr X....

Tarif des honoraires médico-légaux du canton de Vaud (1) depuis 1890.

ARTICLE PREMIER.

Honoraires et indemnités des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs.

6. Pour chaque visite de malade, non compris le rapport, s'il y a lieu, 1 fr. 50.

7. Pour pansement simple ou petite opération, non compris la visite, 2 fr.

8. Pour opération majeure, y compris la visite et le rapport, 20 fr.

Cette indemnité peut être élevée de moitié, suivant la gravité ou la durée de l'opération.

9. Pour tenir un journal détaillé de la marche de la maladie et du traitement d'un malade dans les cas mentionnés par la loi, pour chaque journée de maladie et de traitement, 1 fr. 50.

10. Pour une déclaration sur l'état sanitaire d'un individu, 2 fr. 50.

11. Pour tout autre rapport, sans pansement, 5 fr.

12. Pour rapport sur l'état d'un blessé, y compris la visite et le pansement simple, 8 fr.

13. Pour autopsie complète, y compris la dictée du procès-verbal et du rapport à chaque expert, 25 fr.

14. Pour la même opération dans un cas d'exhumation, à chaque expert, 30 fr.

15. Pour conclusion sur un procès-verbal ou rapport d'autopsie, 6 fr.

(1) Nous publions, à titre de renseignement et de comparaison, ce tarif qui nous a été adressé par notre confrère Carrez (de Morez-Jura).

16. Pour assister soit au relevé d'un cadavre, soit à une exhumation, soit à une autopsie, soit à une expertise quelconque, avec ou sans rapport, 6 fr.

17. Pour paraître devant le juge ou devant une autorité comme expert, par demi-journée, 6 fr.

18. Indépendamment des honoraires et autres indemnités déterminées ci-dessus, l'expert reçoit pour transport à plus de deux kilomètres du domicile, par kilomètre, pour aller et autant pour le retour, 0 fr. 50.

19. L'expert, arrêté dans le cours de son voyage par force majeure, reçoit, pour chaque journée de séjour forcé, 12 fr.

ARTICLE 2.

Honoraires des chimistes et des pharmaciens.

20. Analyse chimique simple, soit pour déterminer la nature d'une substance, à chaque expert, 6 fr.

Rapport, 8 fr.

21. Analyse chimique complexe à chaque expert, 20 fr.

Cette indemnité peut être portée au double, suivant les difficultés ou la longueur de l'analyse.

Rapport, 10 fr.

22. Pour les opérations mentionnées aux articles 16 et 17, 6 fr.

23. L'expert reçoit, de plus, l'indemnité de route mentionnée aux art. 18 et 19.

ARTICLE 3.

Honoraires des vétérinaires.

24. Visite d'un animal malade, 1 fr. 50.

25. Visite d'une localité, en cas d'épizootie, de fr. 10 à 15.

26. Visite d'une écurie. Examen d'un animal. Présence à l'autopsie d'un animal mort, ou à toute autre expertise, 5 fr.

27. Pour paraître devant le juge, ou devant une autre autorité comme expert, par demi-journée, 5 fr.

28. Autopsie d'un petit animal, 6 fr.

29. Autopsie d'un gros animal, 12 fr.

30. Rapport sur articles 28 et 29, 5 fr.

31. Désinfection d'une écurie, 5 fr.

32. Visite d'une foire, 10 fr.

33. Pour frais de transport à plus de deux kilomètres du domicile, par kilomètre, pour aller et autant pour le retour, 0 fr. 50.

ARTICLE 4.

Honoraires des sages-femmes.

34. Pour assister aux couches et rapport, 6 fr.

35. Pour chaque visite et rapport, 1 fr.

36. Pour paraître devant le juge ou devant une autre autorité comme expert, par demi-journée, 3 fr.

37. Pour frais de transport à plus de deux kilomètres du domicile, par kilomètre pour aller et autant pour le retour, 0 fr. 50.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles. (*Suite et fin.*)

VIII. — Au cas où un département n'aurait pas, dans le délai fixé, organisé son système d'assistance, le gouvernement doit lui imposer d'office un règlement.

Il y a lieu d'organiser à cet effet un règlement modèle.

Les dépenses résultant pour les départements de l'application du règlement fait par le conseil général ou imposé au département par le gouvernement, en exécution du paragraphe précédent, sont obligatoires pour les dits départements et peuvent leur être imposées d'office dans les conditions de l'art. 61 de la loi du 16 Août 1871.

IX. — L'assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire ou à un hôpital. Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

X. — Il sera bien établi qu'il n'existe pas d'incompatibilité entre les fonctions de médecin chargé du service des indigents et celles de membre des Bureaux d'assistance publique ou de membre des commissions administratives des dispensaires, hôpitaux et hospices. Si, en effet, les médecins acceptent de continuer à être les principaux bienfaiteurs des indigents malades par des soins qui seront toujours très peu rémunérés, ils ambitionnent avec raison le droit de leur être utiles encore par la connaissance spéciale qu'ils ont de leurs misères et de leurs besoins. Il en est de même en ce qui concerne les hôpitaux et autres établissements de bienfaisance, où le médecin regrette trop souvent de n'avoir pas été consulté quand il voit gaspiller l'argent contrairement aux règles de l'hygiène ou d'une charité bien entendue.

C. — M. le Dr Jeanne reprend la thèse qu'il avait déjà développée à la réunion d'octobre dernier, que pour reviser la législation médicale, il ne faut pas seulement régler l'exercice de la médecine suivant le projet Chevandier par exemple, mais encore inscrire dans un code les rapports du médecin avec la société, quand il s'agit de l'assistance publique, de l'hygiène publique, du concours prêté à la justice, etc. Toutes ces questions sont indissolublement liées entre elles, elles doivent être résolues en bloc ou du moins sans intervalle sérieux. De cette façon, le législateur donnera une évidente satisfaction non seulement aux intérêts honorables du corps médical, mais aussi aux intérêts généraux de la société tout entière qui ne se séparent pas des nôtres. Si nous réclamons de la considération et des rémunérations convenables, nous désirons aussi que les pauvres soient mieux assistés, que la santé publique soit protégée par des mesures sanitaires, par la guerre aux charlatans et à tout ce qui nuit aux précieuses existences de la patrie française.

M. le Dr Jeanne demande donc à M. le Dr Cézilly, dont le zèle ne recule devant aucune initiative, s'il ne pourrait pas réunir sous forme de Mémoire les documents épars qui constituent ce code de législation médicale, de telle sorte que chacun des sénateurs et députés en eût un exemplaire à sa disposition. Le projet Chevandier, les amendements relatifs à l'existence légale des syndicats médicaux, les projets d'organisation de l'assistance publique dans les campagnes, le projet de l'Association générale pour la revision des tarifs médico-légaux, le projet d'organisation de l'hygiène publique déposé par M. Siegfried en 1886 et le rapport Chamberland qui concluait à son adoption, les projets de loi sur l'exercice de la pharmacie, tels seraient les principaux éléments de ce mémoire où les membres du Parlement trouveraient condensés les desidorata formulés par le corps médical.

M. le Dr Cézilly promet, avec sa bonne grâce habituelle, d'étudier le moyen de rédiger et publier cette sorte de cahier des revendications médicales.

D. — La présence de M. le sénateur Maze, dont la haute compétence en matière d'œuvres de mutualité est universellement reconnue, ne pouvait manquer de provoquer un débat touchant les sociétés de Secours Mutuels et les médecins. La plupart des confrères de l'arrondissement et même du département se sont plaints d'être absolument exploités sur ce terrain de la mutualité. Presque partout le chiffre de l'abonnement est à peine supérieur à celui du service des indigents, presque partout on admet dans les sociétés des patrons, des conseillers municipaux (!) qui ne rougissent pas de demander, sous cette forme, l'aumône de nos soins et oseraient l'exiger ; presque partout cette catégorie de faux indigents dirige les sociétés, faisant de la philanthropie avec notre dévouement, de la charité avec notre argent, et de la politique à nos frais. On nous vote des blâmes en assemblée générale, on contrôle nos prescriptions ; et si nous protestons, on nous met à la porte, en arrachant à quelque confrère une soumission à un taux inférieur !

L'honorable sénateur n'a pas hésité, devant ce concert de plaintes, à nous promettre le concours de sa parole, de sa plume et de son influence dans les sociétés de Secours Mutuels, pour obtenir une situation plus digne du corps médical dans ces œuvres qu'il contribue plus que personne à enrichir et à développer.

L'ordre du jour appelait ensuite l'énoncé des résultats fournis par la nouvelle organisation du service des indigents dans le département de Seine-et-Oise.

Il résulte de l'enquête faite à ce sujet que les médecins y ont gagné dans certaines régions, et perdu dans d'autres. Ils y ont gagné quand les communes ont maintenu leurs anciens crédits, ils y ont perdu lorsque les budgets municipaux se sont débarrassés de ces crédits, laissant au département la plus grosse part des charges à supporter.

Malgré les nouveaux sacrifices que s'imposera le conseil général et auxquels MM. Haussmann et Gauthier promettent leur adhésion, il continuera d'en être ainsi jusqu'au jour où la loi sur l'organisation de l'Assistance publique dans les campagnes obligera les communes à soigner leurs malades nécessiteux.

Le renouvellement du bureau a terminé cette séance si bien remplie. MM. de Fourmestraux,

Darin et Jeanne ont été réélus Président, Vice-Président et Secrétaire ; M. le Dr Pannetier a été nommé Trésorier.

En quittant la réunion, MM. Maze, Gauthier et Haussmann ont insisté de la façon la plus gracieuse et la plus formelle pour être tenus au courant de nos décisions, de nos travaux et de nos vœux, afin d'y conformer leur action dans les Chambres. Ils ont de nouveau exprimé le vif regret d'être empêchés *pour cette fois* d'assister à notre banquet.

La séance est levée à six heures.

A sept heures la plupart des membres du syndicat prenaient place à la table de famille à côté de MM. Cézilly, Leroy, Bibard, Diard, et Gauthier, délégués de *l'Union des Syndicats* et des autres *Syndicats de Seine-et-Oise*. L'entrain et la gaieté n'ont cessé de régner parmi les convives. Au dessert, M. le président de Fourmestraux a porté la santé de nos hôtes en les remerciant d'avoir bien voulu venir prendre part à nos travaux et à notre petite fête. Puis M. le Dr Cézilly a développé avec sa clarté habituelle le système qu'il propose pour organiser entre médecins l'*Assurance contre la maladie*. Ce projet sera examiné par la commission spéciale dont quelques jours plus tard M. Cézilly obtenait la nomination à la 31e assemblée générale de l'*Association des Médecins de France*, non sans avoir éprouvé de vives résistances de la part du Bureau de cette société.

Enfin M. le Dr Jeanne, profitant de la présence des délégués des autres syndicats de Seine-et-Oise, boit à *l'Union des syndicats du département* et à son ancien Président M. le Dr Gauthier (de Magny) dont la démission avait fait disparaître cette fédération pourtant si utile. M. le Dr Gauthier, cédant alors avec la meilleure grâce au désir des confrères présents, déclare retirer cette démission et se mettre de nouveau à la disposition de ceux qui l'avaient élu.

Et le banquet se termine sur ce nouvel ac d'entente et de solidarité professionnelles.

Le Secrétaire,
Dr Jeanne.

Syndicat Médical de l'arrondissement de La Rochelle.

Délibération du 18 *Mars* 1890.

Le Syndicat médical de l'arrondissement de la Rochelle a réuni en Assemblée plénière les membres du corps médical de l'arrondissement pour élaborer l'avis demandé par Monsieur le Garde des sceaux au sujet de la revision des tarifs des honoraires médico-légaux établis par le décret du 18 juin 1811.

L'Assemblée a admis, à l'unanimité, que la revision de ces tarifs s'imposait, en effet, comme Monsieur le Ministre de la Justice le reconnaît d'ailleurs lui-même.

En principe, le médecin doit, dans des conditions déterminées, son concours à l'autorité judiciaire ; il doit mettre au service de la société les connaissances techniques acquises par des études toujours longues et dispendieuses, mais il n'en demeure pas moins certain qu'au milieu des labeurs de chaque jour et des exigences multiples de l'existence, le médecin-légiste, si sa rémunération est insuffisante, reste frappé d'une *contribution toute spéciale* peu en rapport avec les principes d'égalité qui nous régissent.

Obligé, pour obtempérer aux réquisitions de la justice, de délaisser ses occupations journalières, le médecin a droit à une indemnité en rapport avec le temps qu'il a consacré au service de la justice : il y a là une question de dignité, non seulement pour le médecin, mais peut-être encore davantage pour l'autorité qui fait appel à son expérience.

C'est en vertu de ce principe qu'il y a à prendre en considération, dans les expertises médico-légales :

1° le déplacement du médecin ;
2° une perte de temps ;
3° une visite avec ou sans pansement sommaire ;
4° des opérations difficiles ;
5° des autopsies ;
6° des rapports médico-légaux.

1° *Déplacement.*

Il est de la plus haute équité que les frais de déplacement ne restent pas à la charge du praticien.

Il serait bon d'émettre en principe que les frais de voitures, sur quittance du loueur dûment établie, ou de tout autre moyen de locomotion tels que chemin de fer (tarif connu de la première classe), *resteraient à la charge de l'autorité judiciaire*. On ne saurait, en effet, imposer au médecin de se transporter à ses frais de *son habitation personnelle au domicile de l'expertise.*

Il ne s'agit donc pas, dans l'espèce, pour le médecin, d'une rémunération quelconque, mais d'un remboursement par l'autorité judiciaire d'une avance faite pour l'exécution d'un service commandé.

2° *Perte de temps.*

Mais, en se transportant à des distances parfois fort grandes, le médecin néglige sa clientèle qui s'adresse ou peut s'adresser à un confrère non requis par l'autorité judiciaire ; il y là une perte de temps et un préjudice causé.

Il importe donc qu'un tarif spécial vienne compenser, dans une juste limite, le temps perdu et le préjudice subi.

Il devient nécessaire de bien spécifier *que le temps employé au service de la justice, soit pendant le trajet à l'aller et au retour, soit pendant l'expertise proprement dite, quel qu'en soit le résultat, voire même pour la prestation de serment, doit être évalué à un taux bien défini.*

Pour cela il serait alloué au médecin, dans les conditions précitées, une somme de 3 fr, par heure soit de jour, soit de nuit.

3° *Visite avec ou sans pansement sommaire.*

Le médecin doit se livrer à un examen approfondi de la personne qui nécessite l'expertise ; il est obligé parfois de lui faire un pansement sommaire.

De là, la nécessité d'un tarif spécial pour la visite avec ou sans pansement sommaire.

Dans ces conditions il serait attribué *trois francs* pour la visite de jour et *six francs* pour la visite de nuit.

4° *Opérations.*

Le médecin est parfois obligé de pratiquer d'urgence une opération difficile, ligature d'artère, réduction de fracture, etc.

Le médecin, pour les opérations de cette nature, devrait recevoir la somme de *vingt francs*.

5° *Autopsies.*

L'autopsie est une véritable opération toujours répugnante, la plupart du temps dangereuse, pour celui qui la pratique.

Elle doit être l'objet d'un tarif distinct.

Les autopsies doivent être divisées en trois catégories :

1° Autopsie d'un enfant nouveau-né ;
2° Autopsie de tout autre cadavre ;
3° Autopsie après exhumation.

Serait admis le tarif de 10 francs pour la première catégorie, 20 francs pour la deuxième et 50 francs pour la troisième.

6° *Rapports.*

Il y a lieu de distinguer *les rapports de simple police ou de police correctionnelle et les rapports d'assises.* Les derniers exigent pour leur rédaction un temps souvent fort long ; il en est de même *pour l'examen de la responsabilité d'un inculpé.*

Les rapports de simple police et les rapports de police correctionnelle seraient taxés de 10 à 20 francs.

Pour les rapports de cour d'assises, il serait admis un tarif pouvant varier de 50 à 100 francs suivant l'importance de l'affaire, le temps employé à la rédaction. L'évaluation de la somme due devra faire l'objet d'une entente équitable entre le juge d'instruction et le médecin, de même pour les rapports de responsabilité.

En cas de contestation, au point de vue de l'allocation accordée au Médecin, celui-ci pourrait être admis à se pourvoir en référé près du Président du Tribunal civil qui statuerait.

En résumé, le Corps médical de l'arrondissement a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes :

1° Il y a lieu de reviser le tarif des honoraires médico-légaux établis par le décret du 18 Juin 1811.

2° Le tarif des honoraires médico-légaux sera unifié dans la France entière.

3° Le Médecin chargé d'un mandat médico-légal devra être toujours considéré comme un expert. Il en est de même lorsqu'il sera appelé à déposer en tant que médecin devant les tribunaux et devant le jury.

4° La liberté professionnelle devra être toujours garantie en dehors des cas de flagrant délit.

5° Quelle que soit l'autorité requérante, il y aura lieu d'assurer d'une façon quelconque les honoraires de réquisition faite au nom de la loi, qu'il s'agisse de parquets, juges de paix, commissaires de police, maires ou brigadiers de gendarmerie.

6° Pour faciliter le recouvrement des honoraires judiciaires, les médecins seront taxés par le juge d'instruction et percevront leurs honoraires au bureau de l'Enregistrement de la ville où aura lieu l'expertise ou à celui du canton où ils résident.

7° En cas de contestation, le médecin pourra toujours se pourvoir en référé devant le président du tribunal qui statuera sur sa réclamation.

8° Les frais de transport de l'habitation du médecin au lieu de l'expertise, à l'aller et au retour, devront être à la charge de l'autorité judiciaire ; ils seront établis par un mémoire du loueur pour les voitures, et pour les chemins de fer par le tarif connu de la première classe.

9° A titre de rémunération, le médecin chargé de l'expertise recevra 3 francs par heure de jour ou de nuit, employée au service de la justice, soit pendant le déplacement, soit pendant l'expertise proprement dite, soit pour la prestation de serment, soit pour toute autre cause.

10° Le médecin recevra, en outre : 1° pour la visite de jour, avec ou sans pansement sommaire, la somme de trois francs ; 2° pour la visite de nuit six francs. Pour les opérations plus compliquées : Vingt francs.

11° Les heures de jour commenceront avec le lever et finiront avec le coucher du soleil ; les heures de nuit s'étendront du coucher au lever du soleil.

12° Les autopsies seront divisées en trois catégories ; il sera alloué en dehors du tarif ordinaire par heure :

1° pour une autopsie de nouveau-né.... 10 francs ;

2° pour autopsie de tout autre cadavre .... 20 francs ;

3° pour autopsie après exhumation... 50 francs ;

13° Les rapports seront divisés en deux catégories :

1° Rapport de simple police ou de police correctionnelle, 10 à 20 francs.

2° Rapport d'assises, 50 à 100 francs, suivant leur importance et les difficultés du rapport.

Le juge d'instruction devra, de plus, apprécier d'une façon suffisante les rapports qui ne sont ni de simple police, ni d'assises, tels que la recherche de la responsabilité d'un inculpé.

14° Le syndicat émet le vœu que la commission chargée par monsieur le ministre de la justice de reviser la loi de 1811, renferme un ou plusieurs médecins délégués par le corps médical.

La Rochelle, le 20 Mars 1890.

Le Rapporteur, Dr MABILLE. — *Le Président*, Dr BRARD.

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

I

Solution iodurée-lithinée.

Iodure de potassium............	6 grammes.
Citrate de lithine...............	12 —
Eau..........................	150 —

Une cuillerée à café chaque soir dans une tasse d'infusion de feuilles de frêne et de cassis.

Cette médication convient à bon nombre de cas de maladies par ralentissement de la nutrition, obésité, rhumatisme chronique, à certains goutteux.

II

Du croup et de l'angine couenneuse.

Traitement du Dr H. OSIECKI, *de Meaux.*

GROUP.

Vésicatoire au niveau de la cravate. — Au bain-marie, vapeurs de Goudron, 100 gr., Térébenthine, 50 gr.

Et surtout, dans la gorge, 3 insufflations par jour d'une poudre de :

Soufre sublimé........... 2 gr.
Tannin.................... 1.50 gr.
Chlorate de potasse....... 2 gr.

Mêlez d'abord tannin et chlorate, puis ajoutez le soufre, à cause du mélange détonant.

Cette poudre fait vomir sans fatiguer l'estomac où elle ne va pas, de plus elle cautérise la gorge.

ANGINE.

Pas de vésicatoire.

La poudre ci-contre :

Et surtout, 3 fois par jour, bien badigeonner le fond de la gorge avec un pinceau imbibé de la mixture suivante :

Teinture de Ratanhia....... 8 gr.
id. de Benjoin........ 5 gr.
id. d'Aloès............ 3 gr.

Mêlez.

Cette mixture forme avec la couenne un *précipité ; elle devient tannée, racornie, inoffensive.*

Au point de vue strictement humanitaire où je désire me placer, je me permets d'appeler sur ce traitement — qui date de six années et dont le résultat est merveilleux — l'attention bienveillante du corps médical et des personnes qui ont charge de jeunesse.

REPORTAGE MÉDICAL

Policlinique de Paris.

28, rue Mazarine , 28

Semestre d'été. — Consultations gratuites.

Médecine générale. — Lundi, Mercredi, Vendredi, Dimanche à 10 h. 1/2. Dr Bouisson.

Maladies nerveuses. — Mardi, Vendredi, Dimanche à 9 h. Dr Arthaud.

Maladies de la peau.— Lundi, Mercredi, Vendredi, à 3 h. 1/2. Jeudi à 8 h. du soir. Dr Butte.

Maladies des femmes, grossesse, accouchement. Mardi, Jeudi, Samedi, à 3 h. Dr Olivier.

Maladies de la gorge, des oreilles et du nez. — Mardi, Jeudi, Samedi, Dimanche, à 9 h. Dr Natier.

Voies urinaires et petite chirurgie. — Lundi, Mercredi, Vendredi, 3 h. X...

Maladies de poitrine. — Dimanche, à 10 h. matin. Dr Arthaud.

Maladies des enfants.— Jeudi, 1 heure, Dimanche, 9 h., Dr Gillet.

Maladies des dents. — Lundi, Mercredi, Vendredi, 4 h. 1/2. Dr Chabry.

Maladies des yeux. — Mardi, Jeudi, Samedi, à 2 h. Dr Bacchi.

Extrait des statuts de la Policlinique de Paris.

Art. 2. — L'Association a pour but de donner gratuitement aux malades indigents les soins médicaux et, dès qu'il sera possible, les médicaments.

Elle a, en outre, pour objet de fournir aux étudiants en médecine, qui voudront bien s'associer à cette œuvre philanthropique et scientifique, une instruction pratique complète.

Art. 3. — Les malades indigents *en traitement*, qui seraient dans l'impossibilité de se rendre à la consultation, pourront recevoir à domicile les soins médicaux, autant que le permettront les ressources de l'Association.

Art. 4. — Des dames choisies parmi les bienfaitrices de l'Association, et qui auront la charité de prendre une part active à l'œuvre, iront porter au domicile des malades inscrits des secours en nature, dès que les ressources de la Policlinique seront suffisantes.

Art. 5. — Les services de l'Etablissement sont provisoirement organisés de la façon suivante : Médecine générale, Chirurgie générale, Maladies nerveuses, Affections de la poitrine et Tuberculose, Maladies des enfants, Dermatologie et Syphiligraphie, Gynécologie et Obstétrique, Laryngologie, Rhinologie et Otologie, Ophthalmologie, Maladies des voies urinaires, Maladies de la bouche et des dents.

Art. 11. — L'Association se compose de tous les chefs de service, *membres actifs*, et de *membres associés*. Ceux-ci, pris parmi les bienfaiteurs de l'Etablissement, sont admis avec voix consultative aux assemblées générales.

Les membres associés dont la première souscription est de deux cents francs, au moins, sont de droit *membres associés fondateurs*. Les membres associés qui, sans verser deux cents francs, auront apporté à l'œuvre un concours très efficace, pourront être nommés membres associés fondateurs, par le Comité, sur la proposition de deux membres actifs.

Les membres associés fondateurs ont voix délibérative aux assemblées générales.

Art. 19. — L'avoir de l'Établissement se compose :

1° de l'apport des membres actifs fondateurs ;

2° des cotisations des autres chefs de service, fixées à vingt-cinq francs par mois, aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour l'entretien de la Policlinique ;

3° des cotisations volontaires des membres associés ;

4° des dons et subventions.

Art. 20. — Il sera fait sur le montant des cotisations, des dons et des subventions une retenue de 5 0/0, à l'aide de laquelle on constituera une Caisse de réserve.

Art. 21. — Tous les membres de l'Association renoncent aux biens de l'Etablissement, aux droits qu'ils ont sur cette part de propriété et au remboursement de leurs cotisations, alors même qu'ils quitteraient la Policlinique pour quelque motif que ce soit.

Président de l'Association : Dr Arthaud.
Directeur de la Policlinique : Dr Butte.
Secrétaire-Trésorier : Dr Natier.

On nous annonce la création de deux autres *policliniques*. Nous le regrettons vivement ; cette course au clocher amènera probablement trois insuccès bien regrettables.

A. C.

Impressions d'un médecin territorial pendant son stage militaire à Lyon du 27 avril au 12 mai. — Il serait peut-être intéressant pour les confrères membres du *Concours médical* de leur communiquer mes impressions sur les 13 jours de stage que nous venons d'accomplir ; ces renseignements pourraient être accueillis avec faveur par ceux qui attendent la convocation d'automne.

Les médecins territoriaux réunis à Lyon n'oublieront pas de longtemps cette heureuse période

qui mettant ensemble 26 médecins venus de départements éloignés, leur a fait éprouver un véritable regain de jeunesse et oublier l'approche de la quarantaine en témoignant autant de bonne humeur, d'entrain, de camaraderie qu'à vingt-cinq ans. Dispersés la première semaine dans plusieurs régiments : artillerie, cavalerie, infanterie, tous furent accueillis avec la plus grande courtoisie par les officiers des régiments, et guidés avec autant de gracieuseté que de tact par leurs majors instructeurs dans leur initiation à la vie et au service de la caserne.

Nous avons étudié avec intérêt tous les détails des règlements militaires et des transformations hygiéniques dont nos majors nous montraient le fonctionnement. L'administration proprement dite du service médical régimentaire, les gros registres, les certificats, les examens de réforme, nous paraissaient d'une grande aridité ; il fallait tout le talent du conférencier pour nous mettre en quelques leçons au courant de ce travail de bureau, pourtant si nécessaire et si intimement lié aux autres rouages administratifs de l'outillage régimentaire.

L'administration par les médecins est la conséquence de l'autonomie des corps de santé. C'est donc avec plaisir que tout médecin territorial fera de la comptabilité en songeant que, grâce à une heure par jour d'écritures administratives, il échappe à la bureaucratie de l'intendance.

Mais comment vous exprimer notre sympathique admiration pour le meilleur Maître qu'on puisse souhaiter, M. le major de 1re classe Hannequin, à l'hôpital des Collinnettes?....

Il y avait parmi nous des connaisseurs : un agrégé de la Faculté de Lyon ; un chirurgien des hôpitaux, d'anciens chefs de clinique, trois anciens internes ; tous ont pu constater les beaux résultats de médecine opératoire et d'antisepsie de notre chef. Une tarsectomie (scaphoïde, cunéiformes, cuboïde) ; deux cas extraordinaires de traumatismes cérébraux par balles de revolver. Deux soldats avaient tenté de se suicider. L'un, appliquant un revolver de gros calibre sur la tempe droite, avait eu les deux temporaux, les deux lobes cérébraux frontaux, traversés de part en part et nous avons touché la balle sous la peau au point opposé du trou d'entrée. L'autre s'était appliqué le revolver sous le menton et la balle, passant derrière l'orbite gauche, s'était logée dans le lobe frontal correspondant; M. Hannequin avait trépané ce dernier, ouvert les méninges, incisé le lobe cérébral et était allé saisir la balle en pleine substance cérébrale. Ces deux blessés sont en voie de guérison !

Mais quel regret que tout le temps de notre Maître fût pris par les deux conférences, celle du matin et celle de l'après-midi où il nous enseignait tous les détails des ambulances divisionnaires et des hôpitaux de campagne ; quelles belles cliniques il aurait pu nous faire sur les plaies de guerre ! Mais le règlement s'y opposait. Néanmoins M. Hannequin nous a vivement intéressés dans ses conférences spéciales où il nous a enseigné tout le service médical de campagne, aux ambulances, aux hôpitaux ; l'évacuation des blessés, l'organisation et l'installation des trains sanitaires, les appareils Bry pour la suspension dans les wagons, etc., etc. Nous ne pouvions nous séparer sans témoigner à des chefs aussi bienveillants notre gratitude. A l'unanimité, nous avons invité nos chefs des régiments et de l'hôpital, tous nos majors instructeurs, à un banquet qu'ils nous firent l'honneur d'accepter et où nous pûmes les remercier de nous avoir traités comme de vrais et excellents confrères. Nous bûmes à l'union si intime des médecins civils et du corps de santé millitaire. Durant ces 13 jours, nous venions de fêter les dernières années de la jeunesse et nous songions que cette intimité confraternelle et militaire ne se renouvellerait plus ! Heureux les jeunes ! qui ont encore des 28 et des 13 jours à faire; nous envions leur sort ! ! Dr L.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Paru : *Manuel du Candidat* aux divers grades et emplois de *Médecin* et *pharmacien* de la réserve et de l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur, *rédigé conformément aux programmes ministériels*, avec un résumé d'hygiène, de médecine, d'épidémiologie, de chirurgie militaire et de la simulation dans l'armée, gros in-18 Jésus de 600 pages environ. Prix : 5 fr. Remise de 20 % pour MM. les membres du Concours médical. Adresser 4 fr., pour recevoir franco.

La syphilis à travers les âges, par le docteur F. Buret, in-16 de 300 pages environ. Prix : 3 fr. 50.

Extrait du Sommaire : Symptômes fondamentaux de la Syphilis ; signes auxquels on peut la reconnaître. — Les affections vénériennes envisagées aux différents points de vue médical, littéraire, historique et anecdotique, chez tous les peuples de l'antiquité. — La Syphilis étudiée dans ses rapports avec la prostitution et les aberrations du sens génésique depuis la création du monde. — Les monstruosités de la débauche dans l'empire romain : Conséquences pathologiques. — Traitement rationnel de la Syphilis. - (Travail de bénédictin, très consciencieusement écrit et étudié.)

L'Assistance publique dans le département de Sambre-et-Meuse, par M. Henri Napias.

Nous engageons vivement nos lecteurs à demander à la *Société d'éditions Scientifiques*, l'ouvrage de M. le Dr Henri Napias. « Que je voudrais, écrit M. H. Monod, mettre ce petit livre entre les mains de tous les membres des commissions administratives ; rien ne serait plus propre à hâter les reformes auxquelles nous avons, vous et moi, mon cher ami, consacré notre vie ». En effet, sous une forme humoristique, le travail de M. Napias est un résumé des études qu'il a faites, sur place, dans toute la France. Il montre ce qu'un préfet intelligent, armé par la loi, pourrait accomplir pour le bien du pays.

Dans son excellent journal, la *France médicale*, notre collègue et ami, le Dr Chevallereau a eu la bonne fortune de publier, en feuilleton, l'*Assistance publique en Sambre-et-Meuse*. Nos lecteurs feront bien de lire le charmant récit de M. Napias. Ils y trouveront les vues les plus judicieuses sur les lacunes de l'Assistance publique, sur celles de l'hygiène privée et publique. Le livre de M. Napias est un livre suggestif, un bon livre et heureusement que l'auteur exerce par ses actes, comme par ses écrits, une influence légitime, bien méritée. Avec des hommes tels que lui, la santé publique, en France, ne peut qu'être sauvegardée mieux que par le passé, si, comme nous l'espérons, nos législateurs veulent prendre les mesures indispensables.

Il leur suffira, pour ne pas commettre de trop grosses erreurs, de se laisser conduire par des guides autorisés comme M. Henri Napias.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 22 | 31 Mai 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Arrêt des attaques d'hystérie par la suggestion.

C'est un fait connu que la persistance de la conscience pendant les attaques d'hystérie, du moins d'une conscience relative, un peu obnubilée à la vérité, mais suffisante pour que les hystériques puissent décrire, avec quelque effort de mémoire, les sensations successives éprouvées par elles et dire ce qu'on a fait autour d'elles pendant qu'on les croyait complètement privées de sentiment. Cette persistance de la conscience est même une des différences entre l'attaque hystérique, même hystéro-épileptique, et l'attaque épileptique vraie.

M. Bernheim insistait récemment sur cette particularité dans une de ses cliniques et il en concluait à la possibilité d'arrêter toujours ou presque toujours les crises d'hystérie les plus violentes par la simple suggestion. Ainsi, il n'y a pas inconscience pendant la crise convulsive chez les hystériques, pas plus qu'il n'y en a chez les hypnotisés ; il y a seulement amnésie au réveil, et cette amnésie n'est pas absolue, les souvenirs peuvent être réveillés par suggestion. Dans l'épilepsie, au contraire, il y a inconscience réelle ; les phénomènes de la période inconsciente ne peuvent jamais être rappelés à la conscience.

Utilisant l'aptitude si manifeste des hystériques à se laisser suggestionner, M. Bernheim réussit souvent, paraît-il, à enrayer instantanément ou en peu de minutes les crises d'hystérie, en disant à la malade ou au malade (car l'hystérique est souvent un ouvrier, ou un soldat) : « C'est fini ! la crise s'arrête, réveillez-vous », ou bien en disant aux personnes présentes : « Vous allez voir comment elle va se réveiller, j'enlève la douleur, elle n'étouffe plus, elle respire bien ; les convulsions s'arrêtent, etc... ; c'est tout à fait fini. » Quand on a réussi une première fois chez une hystérique avec plus ou moins de facilité à enrayer un accès, on réussit en général beaucoup plus vite et plus aisément à chaque accès ultérieur.

Les restrictions suivantes sont faites pourtant par M. Bernheim. La parole ne suffit pas à guérir, il faut qu'elle soit acceptée par le cerveau et fasse impression sur lui. Ce n'est pas la parole de l'opérateur, c'est le cerveau de l'opéré qui fait la suggestion et qui transforme l'idée en acte. Il peut arriver que le cerveau de l'hystérique se refuse à accepter l'insinuation et reste sourd à la voix du médecin, l'auto-suggestion dominant la suggestion étrangère. Mais, dans le plus grand nombre des cas, l'hystérique est suggestible, et la simple parole imposée avec calme et conviction, dit le professeur de Nancy, arrête dans leur évolution les grandes et petites crises d'hystérie.

C'est en tout cas un moyen facile à essayer, qui ne réclame aucun appareil comme les compresseurs de l'ovaire, et qui n'offre pas les dangers de la compression énergique des ovaires avec les poings, préconisée jusqu'ici à la Salpêtrière et qui, quand elle est faite brutalement au moment des époques menstruelles, n'est pas sans déterminer par ci par là quelques pelvi-péritonites ou hématocèles.

Le vaccin de chèvre.

M. *Chonneau-Dubisson*, de Villiers-Bocage (Calvados), a présenté en 1889, à l'Académie, un mémoire dans lequel il a relaté des expériences de vaccination pratiquées sur des chèvres, en constatant que le vaccin recueilli sur ces chèvres était inoculable à l'enfant.

M. Trasbot, ayant vacciné des chèvres, a constamment obtenu des pustules présentant tous les caractères du vaccin classique.

M. Hervieux, qui a fait un rapport sur le mémoire de M. Chonneau-Dubisson, rappelle que des chèvres avaient été employées comme vaccinifères dès le temps de Jenner et qu'une ordonnance du roi d'Espagne, en 1803, prescrivait de vacciner les enfants trouvés et les orphelins avec le vaccin de chèvre. Le directeur du service de la vaccine

à l'Académie a vérifié la réalité des faits observés par M. Chonneau-Dubisson et conclut ainsi :

Si on inocule une chèvre soit avec du vaccin de génisse, soit avec du vaccin humain, le produit de cette inoculation évolue exactement comme le vaccin de génisse.

La vaccination de chèvre à bras réussit bien, à la condition que l'inoculation soit pratiquée aussitôt apres la récolte du vaccin. Les boutons vaccinaux ont tous les caractères de la vaccine classique.

L'inoculation avec du vaccin de chèvre conservé réussit aussi bien que le vaccin de génisse quand elle est faite avec la pulpe, moins bien avec la lymphe.

La vaccination d'un sujet humain avec du vaccin de chèvre humanisé donne des résultats réalisant le type le plus parfait de la vaccine classique.

En résumé, les animaux de l'espèce caprine sont aussi aptes que ceux de l'espèce bovine à la culture du vaccin.

Il compare ensuite les avantages et les inconvénients du vaccin de chèvre.

Les avantages sont les suivants : propreté, douceur, économie, sobriété de l'animal ; nul danger de syphilis ou de tuberculose.

La propreté et la douceur des chèvres ne sont pas indifférentes quand il s'agit des soins quotidiens à donner à ces animaux et de l'entretien de leur étable dans des conditions hygiéniques irréprochables.

La question d'économie est importante. Or, l'économie peut porter sur le personnel. Pour inoculer une génisse, il ne faut pas moins de trois aides pour opérer cette inoculation. Pour la chèvre un seul auxiliaire pourrait suffire, les pattes étant une fois bien attachées. D'autre part, le prix de location de l'animal serait toujours moins élevé que celui d'une génisse. Quant à la nourriture, la sobriété naturelle de l'animal rend très facile la solution de cette partie du problème.

Comme la génisse, la chèvre nous donne toute sécurité à l'endroit de la syphilis. Elle n'en donne guère moins au point de vue de la tuberculose ?

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la chèvre et le mouton sont réfractaires à la tuberculose. M. Nocard, directeur de l'Ecole d'Alfort, « ne connaît pas de faits de tuberculose chez la chèvre en dehors des conditions expérimentales, et encore, dans ce cas, il est très difficile de rendre tuberculeux les animaux de cette espèce. Au Congrès de la tuberculose, M. Nocard a recommandé le lait de chèvre pour les cas où on jugerait nécessaire d'administrer du lait cru ».

M. Trasbot n'est pas moins affirmatif sur ce fait. M. Jules Picq, vétérinaire à Nantes, a fait sur la chèvre des expériences d'où il résulte que les injections sous-cutanées, intra-péritonéales, d'un produit notoirement tuberculeux, ne détermine pas chez elle la tuberculose.

Faut-il conclure de tout cela que ce vaccin est appelé à remplacer le vaccin de génisse ou qu'il pourrait lui faire une concurrence sérieuse ?

M. Hervieux ne le pense pas. Et voici ses raisons.

La première, c'est la rareté relative des chèvres, dont l'élevage ne saurait être comparé comme fréquence à celui des veaux et des génisses. Dans notre pays la chèvre n'est guère utilisée que pour son lait et pour sa peau, rarement pour la boucherie. Il est vrai que, si la chèvre venait à être utilisée pour le vaccin, on trouverait probablement moyen de multiplier cette espèce d'animaux.

A l'heure actuelle, du moins, la production du vaccin de chèvre serait insuffisant, car maintenant le vaccin humain est presque partout délaissé en raison du danger possible d'une contamination syphilitique.

Il faut conséquemment que tous les instituts vaccinaux puissent suffire à l'énorme consommation qui s'en fait, non seulement en France, mais dans toutes les parties du monde civilisé. La génisse en raison de la vaste surface qu'offrent ses

FEUILLETON

Causeries quodlibétaires.

La Vulgarisation de la Médecine est-elle un mal ? est-elle un bien ? (*Suite*)

Est-ce donc qu'en principe la vulgarisation des connaissances médicales doive être prohibée ?

Nous croyons qu'au contraire ces connaissances mériteraient d'être répandues à flots, enseignées dans les écoles, prêchées dans les temples, exposées dans des conférences et des leçons publiques ; mais en réservant expressément ce qui regarde la pratique de l'art de guérir, qu'on doit laisser aux gens spéciaux et compétents qui en font métier.

Que le grand public soit instruit tant qu'on pourra des enseignements de la biologie et des prescriptions de l'hygiène dont les vérités sont peu discutables et les fondements bien établis. Mais qu'il n'ait pas à s'occuper, pour Dieu, de l'administration des remèdes, science trop incertaine et controversée, qui, même aux yeux de beaucoup de médecins, est plus dangereuse qu'utile dans l'immense majorité des cas.

Il n'est pas indispensable que le public soit initié aux minuties de la science ; ni qu'il sache, par exemple, que telle glande fabrique des sucs digestifs et telle autre un produit excrémentitiel ; ni qu'il connaisse au juste la quantité d'air respirable ou le *quantum* de matière alimentaire qu'un adulte doit consommer chaque jour. Il n'est pas besoin non plus qui soit au courant des expériences de laboratoire ; des analyses de la chimie moderne, des observations de la micrographie, etc. ; détails scientifiques qu'un médecin instruit est tenu de suivre autant qu'il peut.

Mais ce qu'il importe que le public n'ignore point, c'est la gymnastique qui convient à l'hygiène physique et morale de chacun ; et les conditions vitales qui sont de nature à assurer l'intégrité, la beauté et la vigueur de la race.

Apprenons donc aux malades dont nous devons être les bons conseillers, médecins de l'âme aussi bien que du corps, apprenons-leur à l'occasion comment et pourquoi il serait illusoire de compter plus sur l'efficacité d'un poison pour guérir que sur un régime diététique approprié et surtout sur le renoncement à des pratiques qui

flancs à la lancette du vaccinateur, permet de pratiquer un nombre considérable d'insertions, et par conséquent d'obtenir une quantité assez grande de pulpe pour alimenter de vaccin une contrée très étendue. Le flanc des chèvres, même d'assez haute taille, ne se prête généralement pas à plus de vingt à trente inoculations. Il faudrait par conséquent quatre ou cinq chèvres pour se procurer autant de vaccin que peut en fournir une génisse. Et l'on conçoit que si à un moment donné il fallait, sous l'influence d'une menace d'épidémie ou d'une épidémie confirmée, procéder à des vaccinations en masse, le stock de chèvres que peut contenir un pays comme le nôtre, serait bien vite épuisé.

Ce double inconvénient de la rareté des chèvres et de la quantité insuffisante de vaccin qu'elles peuvent produire est donc, actuellement du moins, un obstacle à la préférence qui pourrait être accordée à la chèvre sur la génisse. Mais le vaccin de chèvre, pour être inférieur au vaccin de génisse comme production, n'en est pas moins appelé à rendre d'importants services dans certaines conditions déterminées. Supposez une contrée quelconque, privée de vaccin de génisse, ou n'ayant pas les facilités nécessaires pour le cultiver, mais possédant des chèvres en quantité suffisante pour cette culture, tel praticien qui aurait reculé devant l'inoculation d'une génisse en raison de son prix élevé, des aides qu'il faudrait réunir, du temps et de l'habitude qu'exige la pratique de la vaccination sur l'animal, entreprendra facilement et sans crainte l'inoculation d'une chèvre, qui est douce, propre, facile à nourrir, n'exige guère qu'un auxiliaire pour l'opération et n'entraîne aucune dépense sérieuse.

La loi sur la vaccine obligatoire, dit en terminant M. Hervieux, sera un jour promulguée ; ce jour-là le vaccin animal remplacera partout le vaccin Jennérien. A ce moment, la chèvre ne devra pas être négligée, à raison des garanties sérieuses qu'elle présente.

Indications thérapeutiques de la noix de Kola.

M. Dujardin-Beaumetz, au moment de la discussion entre M. Heckel et M. Sée sur le principe actif de la kola, était retenu loin de l'Académie par une maladie, dont il est aujourd'hui parfaitement guéri, et nous saisissons cette occasion d'en féliciter notre éminent confrère et maître. Les orateurs académiques ont paru ne pas se rappeler les recherches que le médecin de l'hôpital Cochin a faites dès 1884 sur la kola avec son élève le Dr Monnet, qui a soutenu sur cette substance une honorable thèse.

Dès lors il fut constaté que la kola jouit de propriétés diurétiques très nettes, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque la noix de kola contient une forte proportion de caféine et un peu de théobromine. La kola a donné de bons résultats dans l'asystolie.

C'est à la forte proportion de tannin que contient la noix de kola qu'on peut attribuer les services qu'elle rend dans les diarrhées chroniques.

Reste enfin l'action tonique de la kola, qui est incontestable et dans laquelle peut-être cette substance, dite *rouge de kola*, peut jouer un certain rôle, quoiqu'aucune expérience physiologique démonstrative ne puisse être invoquée à l'appui de cette hypothèse.

Présence des coccidies dans les œufs de poule ; leur rapport avec la genèse des épithéliomas.

S'il est un aliment qui ait paru jusqu'ici incapable d'introduire des parasites dans l'organisme humain, c'est à coup sûr l'œuf de poule. Va-t-il falloir renoncer à notre confiance aveugle en une nourriture si précieuse et qui nous paraissait si inoffensive ? M. Chouppe nous enlève nos illusions en analysant dans le *Bulletin Médical* un travail étranger, où est abordée la question de la présence dans l'œuf de poule de parasites animaux d'un

---

ont engendré leurs souffrances ; et aux bien portants, montrons que le vice et la maladie ont des rapports si intimes, qu'ils s'engendrent l'un par l'autre, et que nul ne saurait dire où l'un commence et où l'autre finit. Et, pour remplir notre tâche d'hygiénistes jusqu'au bout, ne cessons de répéter que l'union avec des personnes malsaines, que les accointances avec des personnes malsaines ne sont propres qu'à produire des conséquences déplorables ; ne cessons de protester contre les pernicieuses doctrines qui semblent s'établir par le fait d'écrivains sans autre autorité que leur imagination du moment. Car, — médecins, nous savons cela, — les plaisirs mondains qu'on vante, les occupations oisives qu'on met en honneur, les satisfactions de la table font cent fois plus de victimes que le travail et même que les privations qu'on s'impose.

Faisons tout cela sans morgue et simplement, mais aussi sans hésitation. Car ne pas combattre l'erreur qui s'est formée sur la foi aux drogues, laisser les préjugés et les superstitions médicales se produire et s'accréditer de plus en plus sans élever la voix, ce serait faillir à notre mission de ministres de la santé. Tandis que, si nous poursuivons la tâche honnête que j'indique, notre influence grandira dans la Société, et notre action y sera plus digne et plus féconde que si nous nous bornons à essayer des alcaloïdes ou à rechercher, dans les séries aromatiques tirées de la houille et dans leurs dérivés, des spécifiques contre tous les maux.

*
* *

Voilà la médecine et la morale sanitaire qu'il convient de faire connaître, de ressasser, de vulgariser.

Que d'erreurs redressées ! Que de préjugés confondus ! erreurs et préjugés que la philosophie et la religion même ont été et seront toujours impuissantes à combattre avec autorité, parce qu'elles n'ont ni l'une ni l'autre la base inattaquable sur laquelle repose la science de l'homme, qui est l'observation.

La médecine, en effet, peut démontrer ce que la religion et la philosophie n'ont pu qu'enseigner d'une manière hypothétique.

— A quoi bon tout cela, direz-vous ? Est-ce que les médecins auraient la prétention d'obtenir plus de succès par leur enseignement que les sages et les moralistes n'en ont obtenu par leurs sermons ?

ordre relativement élevé, les coccidies, du genre des psorospermies, dont les rapports avec la pathogénie de certains épithéliomas ont été mis en lumière dans ces dernières années. C'est là une question qui mérite certes toute notre attention. On a cherché de bien des côtés la cause du cancer. Les uns ont incriminé l'abus des viandes, d'autres la transmission par l'eau du cidre d'un parasite d'ordre végétal microbien ; est-ce l'usage des œufs infectés de parasites du règne animal, les coccidies, qu'il faut vraiment accuser ?

Les travaux de MM. Malassez, Darier, Albarran, Vincent, Wickham, Hutchinson ont établi que plusieurs affections cutanées (acné cornée, maladie de Paget) sorte d'eczéma chronique du mamelon qui dégénère souvent en épithélioma, étaient dues à des coccidies, et que de plus la présence de ces parasites dans beaucoup de tumeurs épithéliales semblait établir que les coccidies jouent un rôle important dans la genèse de ces néoplasmes.

Par quelle voie pouvait se faire la contagion ? C'était là une question du plus haut intétêt, car si les coccidies jouent un rôle dans la pathogénie du cancer, la connaissance du mode d'infection pouvait conduire à la prophylaxie, au moins dans certains cas. En ce qui concerne les affections externes, cette contagion n'est pas difficile à comprendre, car les coccidies vivent en parasites sur presque tous les animaux domestiques. Mais d'où venaient les coccidies viscérales ? Probablement elles étaient introduites par le tube digestif ; cependant, jusqu'ici leur présence n'avait pu être constatée dans aucun des aliments utilisés crus ou légèrement cuits.

Un récent mémoire de *M. Podwyssozki* vient de combler cette lacune en montrant que certains œufs de poules, fraîchement pondus, contiennent des coccidies à tous les stades de développement. Ces parasites existent dans l'albumine à l'état de colonies qui, dans l'œuf durci, apparaissent sur le fond blanc comme des points gris-noirs atteignant et dépassant même parfois le volume d'une tête d'épingle.

A l'œil nu, on peut confondre ces colonies avec des taches grises ou jaune-brun que l'on trouve fréquemment dans l'albumine de l'œuf et qui sont dues à des amas de pigment ou à des parcelles de jaune. Mais l'examen microscopique lève tous les doutes, car lorsqu'on a affaire à des colonies de sporozoaires, on peut voir dans chaque coupe, surtout après coloration par l'hématoxyline, tous les stades de la formation des spores et l'on constate que la coloration noire de la tache est due à la présence de granulations pigmentaires dans les capsules vides des coccidies dont l'évolution est terminée.

Ces parasites de l'œuf frais ressemblent beaucoup à la coccidie oviforme que l'on trouve dans le foie des lapins; on constate également que dans diverses phases de leur développement, ils ont de grandes analogies avec les coccidies du foie de l'homme.

Comment ces coccidies sont-elles parvenues dans l'albumine de l'œuf ?

Quelle est leur fréquence dans les œufs ?

Pour répondre à la première question, on peut admettre deux hypothèses : ou bien l'oviducte est atteint de psorospermose, et alors des coccidies ou leurs spores peuvent se mélanger à la sécrétion de l'albumine ; ou bien quelques spores peuvent remonter du cloaque dans l'oviducte et se mélanger ensuite à l'albumine. Cette seconde hypothèse est la plus probable, car la muqueuse digestive des poules contient très souvent des coccidies.

Quelle que soit leur origine, ces parasites trouvent dans la couche d'albumine un milieu favorable à leur développement.

Quant à la fréquence des coccidies dans les œufs, elle est difficile à déterminer. Elle paraît varier suivant les lieux et les saisons. Leurs variations locales peuvent s'expliquer par l'existence dans certains endroits de véritables épidémies de psorospermose.

— Voyez cependant, répondrai-je, ce que l'hygiène médicale a pu faire déjà pour la propreté et les soins du corps.

Tant que la vermine et les suppurations qu'elle cause ont été considérées comme salutaires, comme dépuratives, on a évité de s'en débarrasser. Mais quand il a été démontré par l'observation que ces suppurations, gales et feux, n'étaient rien de tout cela, que bien loin d'assainir ils altéraient la santé, qu'ils épuisaient et qu'ils appauvrissaient l'organisme ; qu'ils étaient, en un mot, des causes de maladie, le préjugé a fait place à des idées différentes, et la propreté et les lavages ont eu cause gagnée.

Ce qu'on a fait pour cela, on le peut faire aussi pour d'autres habitudes vicieuses et dégradantes.

Autrefois encore, par peur des courants d'air, les gens se calfeutraient dans leurs maisons hermétiquement closes, s'exposant à contracter des affections typhoïdiques. Le paysan, qui craignait par même raison de ventiler ses écuries, les privait d'air ; et il perdait chaque année le cinquième de son bétail..... Tandis qu'aujourd'hui la médecine ayant fait comprendre la nécessité d'une bonne aération, les écuries et les maisons ont été assainies, et les bactéries du typhus et du charbon en ont à peu près disparu. Si bien même que l'espèce de ces microbes finira par s'en perdre dans nos pays, et les jeunes générations ne connaîtront bientôt plus les affections qu'ils engendraient. Ce sera de l'histoire ancienne.

Après cela, qu'on se rassure, sans préjuger la question de la génération spontanée, je crois que, quand on voudra recréer les espèces perdues, on n'aura pas besoin de recourir aux cultures des laboratoires ; on n'aura qu'à reprendre les traditions de saleté, et qu'à se replacer dans les conditions de réclusion si chères à nos ancêtres.

* * *

Ce que la science de l'homme a pu faire en si peu de temps sous le rapport de nos habitudes physiques, pourquoi ne pourrait-elle le faire également sous le rapport de nos habitudes morales ? Il ne coûterait guère d'essayer.

Le rôle moralisateur convient à cette science, puisqu'elle est souverainement hygiénique.

En effet, comment s'opposer à l'extension de la folie, de l'épilepsie, voire de la phtisie et des névropathies, si l'alcoolisme qui engendre ces maladies est toléré et les perpétue dans nos mœurs ? Comment enrayer l'appauvrissement de la race,

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Congrès d'ophtalmologie

La Société française d'ophtalmologie vient de se réunir en un congrès où de nombreuses communications spéciales ont été faites : nous allons résumer les principales.

M. *Coppez* étudie l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'œil avec pénétration de corps étrangers : quand on est en présence d'un traumatisme oculaire, il importe de savoir au plus vite si le corps vulnérant est logé dans l'intérieur du globe. Pour arriver au diagnostic, il est bon de tenir compte des renseignements donnés par le blessé au moment de l'accident, de s'enquérir du corps vulnérant, de sa nature, de son volume, de sa composition chimique, de sa propreté, de sa force de projection, etc. Le premier soin doit être de soustraire l'œil blessé aux agents infectieux de l'extérieur par une antisepsie rigoureuse. Si la plaie scléroticale est d'une certaine étendue, on doit faire la suture. Si le corps étranger a pénétré par la région scléro-cornéenne et qu'on ait à redouter une panophtalmie, il vaut mieux pratiquer l'énucléation immédiate. Si le traumatisme est modéré, si les milieux ont conservé leur transparence, on peut, par une incision scléroticale, saisir facilement et amener au dehors le corps étranger.

Dans le cas où les milieux de l'œil sont troublés et le cristallin cataracté, il est difficile d'établir la localisation du siège du corps étranger : toute tentative d'extraction doit être alors abandonnée.

Lorsqu'on soupçonne une infection de la plaie d'après la gravité des symptômes, il ne faut pas attendre pour faire l'énucléation que l'infiltration papillaire et les troubles du corps vitré se montrent à l'ophtalmoscope. Dans cette variété d'ophtalmie sympathique, le second œil ne tarde pas à posséder les germes infectieux : l'énucléation tardive ne peut pas arrêter les accidents.

On ne peut obtenir un résultat favorable de l'électro-aimant que si le corps étranger est logé dans l'œil depuis peu de temps. De plus, il faut que les milieux intra-oculaires soient transparents et qu'on n'aille pas augmenter les chances d'insuccès par un nouveau traumatisme.

M. *Dufour* (de Lausanne) pense que l'opération de la cataracte secondaire n'est justifiée que si elle est garantie absolument contre des conséquences fâcheuses. Il faut conseiller de retarder au moins six ou sept semaines après l'extraction le moment d'opérer la cataracte secondaire. Pour M. *Panas*, ce délai n'est pas suffisant : il ne faut intervenir que six mois et plus après l'opération.

M. *de Wecker* rapporte que M. Luys a obtenu la guérison de trois sujets atteints de blépharospasme par l'action de miroirs rotatifs qui produisent une irradiation lumineuse : les malades font des séances de vingt minutes environ devant l'appareil, le regard immobile et fixé sur la mire et se trouvent ainsi soumis à l'irradiation continue des miroirs. MM. Gueude et Martin ont guéri des blépharospasmes par l'hypnotisme, sans l'emploi des miroirs.

M. *Vennemann* (de Louvain) traite avec succès par les cautérisations à l'acide lactique toutes les fistules lacrymales anciennes ou récentes. L'acide lactique limite son action destructive ou cautérisante aux tissus caduques : par l'ouverture fistulaire on introduit un minuscule tampon d'ouate avec une petite mèche de gaze imprégnée d'acide.

M. *Vacher* (d'Orléans) compare les antiseptiques employés en chirurgie oculaire : ce sont les solutions de sublimé et celles d'iodure double de mercure et de sodium qui lui ont donné les meilleurs résultats. Quant aux instruments, M. Vacher pense les rendre suffisamment aseptiques en les faisant bouillir dans l'eau et en les passant dans l'alcool.

M. *Bettremieux* (de Somain) fait une communication sur le traitement de l'ulcère de la cornée à hypopion : malgré les traitements classiques, depuis l'antisepsie externe de la conjonctive et des

---

si l'on continue à ne pas mépriser les occupations débilitantes et la vie mondaine, si l'on ne remet pas en honneur le travail fortifiant, la frugalité et l'activité musculaire, etc., etc. ?

Les médecins auraient bien tort de ne pas aborder de suite et carrément ces questions de morale naturelle et de haute philosophie. Car c'est à eux qu'il appartient de prendre corps à corps l'hydre sans cesse renaissante des préjugés et des erreurs, que dis-je ? des superstitions médicales, pour l'exterminer ; et pour en finir une bonne fois avec cette poly-pharmacie qui semble reprendre de plus belle, remise en honneur par des charlatans plus ou moins officiels, plus ou moins titrés, plus ou moins autorisés à diriger l'opinion de leurs contemporains.

*
* *

Que les jeunes médecins ne se laissent pas égarer par les promesses de cette fausse médecine qui les éloigne de la bonne voie ; qu'ils ne comptent pas trop sur l'efficacité des drogues, découvertes ou à découvrir, pour guérir et encore moins pour assainir l'humanité.

A moins pourtant qu'on ne parvienne plus tard à régler la vie comme une horloge dont il est facile de ralentir ou de précipiter *ad libitum* le mouvement, soit qu'on allonge, soit qu'on raccourcisse le balancier dont on peut préciser la marche mathématiquement et même déterminer l'arrêt à sa volonté.

Mais alors, ô mes amis, l'art de guérir ne sera plus un art ; ce sera une science de précision, comme la balistique et la chimie. On n'aura plus besoin de se préoccuper des réactions organiques, pas plus que de la force de résistance du sujet ; ni de ses prédispositions, ni de sa vie antérieure, ni de rien. On se bornera à diriger, au *quantum* voulu, contre la cause morbide, contre le microbe envahisseur de l'économie, l'antidote spécifique de bonne marque.

Les savants de laboratoire et d'officine, nos distillateurs de quintessences deviendront par le fait les vrais médecins ; et nous n'aurons plus, vous et moi, qu'à plier bagage ou qu'à nous mettre à la remorque de nos savants successeurs, afin de préparer notre éviction.

Je crois que cela se fait déjà.

Dr Perron.

voies lacrymales, jusqu'à l'évacuation du pus par l'incision de Saemisch, il est trop fréquent de voir l'œil détruit par suppuration. M. Bettremieux préconise l'iridectomie qui assure l'évacuation parfaite du pus renfermé dans la chambre antérieure, et permet d'obtenir immédiatement une brèche qu'il faudrait créer tardivement.

M. *Terson*, de Toulouse, présente une malade qui portait une petite tumeur de couleur jaunâtre dans la région scléro-cornéenne de la chambre antérieure, avec injection prononcée de la partie correspondante de la sclérotique. Le diagnostic de tuberculose de l'iris étant établi, M. Terson fit l'ablation du tubercule et de la partie attenante de l'iris; l'œil a repris son aspect ophtalmoscopique normal. Cette observation montre que l'excision des tubercules de l'iris, lorsqu'elle peut être pratiquée en temps opportun, est préférable à l'énucléation. M. *Galezowski* n'est partisan ni de l'excision de l'iris tuberculeuse, ni de l'énucléation : il a pu guérir en quatre mois un enfant atteint de tuberculose irienne par un traitement général joint à des paracentèses répétées de la chambre antérieure.

MM. *Bravais* (de Lyon), *Nuel* (de Liége), *Motais* (d'Angers) font, à points de vue divers, des communications sur le diagnostic et le traitement de la myopie.

M. *Panas* appelle l'attention sur les difficultés que présente le diagnostic des abcès des sinus frontaux qui peuvent simuler des lésions indépendantes de la cavité orbitaire. Quant au traitement d'un abcès du sinus frontal, l'indication capitale consiste à l'ouvrir, à le drainer, à y pousser des injections antiseptiques et modificatrices, afin de tarir rapidement la purulence dont sa cavité est le siège. Pour cela, on pratique une incision immédiatement au-dessous de la queue du sourcil ; on trépane la paroi inférieure ou orbitaire du sinus qui constitue en même temps la partie la plus déclive et la plus large de cette cavité, on fait une seconde incision perpendiculaire et médiane sur la racine du nez : le lambeau angulaire ainsi circonscrit comprend le périoste ; il suffit de racler l'os pour le détacher sans léser le nerf frontal interne et la terminaison de l'artère ophtalmique. La trépanation de l'os devient alors facile et permet d'apercevoir l'orifice par où le sinus communique avec le méat moyen des fosses nasales. On peut alors soit placer un gros drain dans l'ouverture faite par le trépan pour donner continuellement issue au pus et y pousser des injections détersives, ou encore introduire un drain dans le sinus et le faire ressortir par le nez en suivant le canal de communication physiologique. M. Panas se sert pour déterger le sinus d'une solution de biiodure à un vingt-millième. En outre, il fait des injections de glycérine iodoformée. Malgré le traitement, la guérison demande des mois.

Signalons enfin quelques communications non moins intéressantes : de M. *Abadie*, sur le traitement du décollement de la rétine par l'injection d'une solution iodo-iodurée, au sein de l'épanchement sous-rétinien, — de M. *Galezowski* sur l'intervention chirurgicale dans les cyclites et les décollements de la rétine, — de M. J. *Masselon* sur les altérations consécutives aux hémorrhagies de la rétine (pigmentation, dégénérescence graisseuse, productions fibreuses), — de M. *Trousseau* sur une forme insidieuse grave de l'ophtalmie blennorrhagique, — de M. Parniaud sur le délire après l'opération de la cataracte qu'on ne pouvait attribuer ni à l'usage de l'atropine, ni à l'alcoolisme, — enfin, de M. *Chevallereau* sur deux cas d'hémianopsie causée par des pertes utérines abondantes.

II. Traitement chirurgical des déchirures du périnée (1).

M. Tillaux passe en revue différents points pratiques du traitement des déchirures anciennes du périnée. Ces déchirures sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire qu'elles intéressent ou qu'elles n'intéressent pas le sphincter externe.

Lorsque la déchirure est incomplète, faut-il opérer ? Cela varie suivant les malades. Il y a des femmes qui ne présentent aucun phénomène pathologique et chez lesquelles il faut s'abstenir de toute opération. D'autres souffrent (prolapsus utérin, catarrhe vésical, douleurs des reins) : ces femmes, qui ont des douleurs, doivent être opérées.

Les ruptures complètes du périnée doivent toujours être traitées par une opération curative. Quant à la date de l'opération, non seulement il faut laisser passer la période puerpérale, mais il est bon d'attendre six mois au minimum après l'accouchement. Parfois certaines déchirures se restaurent spontanément, au grand étonnement du chirurgien qui pensait devoir être obligé d'opérer. Quelquefois la déchirure diminue considérablement d'étendue avec le temps.

Comme procédé opératoire, M. Tillaux préconise l'opération de J. Hue et d'Emmet, qui est facile, simple, à la portée de tous les praticiens instruits et adroits de leurs mains.

M. Tillaux n'est pas partisan de la sonde à demeure : elle est souvent mal supportée, détermine des douleurs et ne remplit pas entièrement le but que l'on désire, même quand elle ne donne lieu à aucune gêne. Aussi vaut-il mieux laisser la femme uriner quand elle en a envie, et faire suivre chaque miction d'un bon lavage vaginal avec une solution de sublimé.

Il est également inutile de constiper les femmes de façon à les empêcher d'aller à la selle pendant plusieurs jours après l'opération : quand on constipe pendant plusieurs jours les opérées, elles rendent des bouchons énormes qui compromettent singulièrement la réunion. Mieux vaut, dès le deuxième jour, faire donner avec prudence un lavement qui ramollira les matières fécales et leur permettra de sortir sans danger pour les points de suture.

III

A l'Académie de médecine, plusieurs communications ont été faites dans les dernières séances :

M. *Périer* a fait deux opérations sérieuses pour des corps étrangers des voies digestives. Dans le premier cas il s'agissait d'une fillette de dix ans qui avait avalé une paire de boutons de manchettes. Un seul put être rejeté, l'autre s'engagea dans la partie supérieure de l'œsophage : il y resta fixé sans qu'on ait pu l'extraire ni le repousser jusque dans l'estomac. Pinces, panier de Graefe furent en vain essayés; M. Périer se décida à pratiquer l'*œsophagotomie externe*: sans avoir introduit de conducteur, il incisa à gauche parallèlement au bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien ; puis refoula au dehors la carotide primi-

(1) *Gaz. des hôpit.*, 11 mars 1890.

tive qu'il avait pu prendre un instant pour l'œsophage à cause de son petit volume; il arriva alors sur le corps étranger qui faisait un relief sous le doigt. Incision de la paroi œsophagienne parallèlement à l'axe du conduit, sur le bord du bouton qui devint visible entre les lèvres de l'ouverture. — La queue du bouton était enchatonnée dans la muqueuse boursouflée de la paroi postérieure de l'œsophage; à l'aide du doigt, M. Périer put la déboutonner et l'extraire facilement; puis il fit une suture en surjet au catgut, établit un drainage et réunit la peau par quelques points au crin de Florence. L'enfant, opérée le 2 février, sortit guérie le 8 mars; la déglutition était redevenue normale.

L'autre opération de M. *Périer* concerne un homme de 36 ans qui avala une cuillère à café qui tomba dans l'estomac. M. Périer vit le malade 18 jours après l'accident et ne put affirmer que la cuillère était bien dans l'estomac qu'à l'aide de l'explorateur électrique de M. Trouvé; il pratiqua alors la taille stomacale le lendemain. L'opération n'eut aucun retentissement ni sur l'estomac, ni sur le péritoine; le malade guérit rapidement.

M. *Le Dentu* rapporte l'observation d'une jeune fille chez laquelle il a enlevé une tumeur abdominale extrêmement rare: il s'agit d'un kystofibrome végétant, développé à l'extrémité du ligament cubo-ovarien, indépendant de la trompe et de l'ovaire.

M. *Jules Bœckel* (de Strasbourg) rappelle qu'une complication fréquente de la laparotomie dans l'occlusion intestinale réside dans la difficulté, voire même l'impossibilité de réduire les intestins, alors même que l'obstacle est levé. Pour remédier à cette complication, on débride l'intestin et on le suture dès que son contenu a été évacué; la réduction du paquet intestinal est alors aisée. Cette opération, imaginée par Madelung, n'a été pratiquée qu'une seule fois en France par M. Terrier. Bœckel l'a faite avec un plein succès dans un cas où l'occlusion était due à une torsion du méso-côlon énormément allongé; l'opérateur fit une incision de 6 centimètres sur l'intestin qu'il sutura avec 8 fils de soie phéniquée et qu'il put réduire facilement ensuite. Au bout de 48 heures l'opéré eut une selle normale. Le 7e jour la réunion est parfaite et 15 jours plus tard il put quitter l'hôpital.

IV

A la *Société de chirurgie*, M. *Moure* (de Bordeaux) a adressé l'observation d'un enfant de sept ans, auquel il a pratiqué une double *amygdalotomie* pour une hypertrophie considérable des amygdales qui étaient le siège d'une vive inflammation. Après l'opération, faite le même jour des deux côtés avec l'instrument de Palmeslock, il ne s'écoula qu'une petite quantité de sang; mais une abondante hémorrhagie apparut du côté gauche au milieu de la nuit; elle fut arrêtée avec quelque peine, au moyen de boissons glacées. Huit jours jours plus tard, nouvelle hémorrhagie sans cause appréciable; malgré tout, la guérison définitive ne tarda pas. — M. *Schwartz* fait remarquer que ces hémorrhagies, consécutives aux amygdalotomies, ne sont pas très rares chez l'adulte, mais très exceptionnelles chez l'enfant; il faut donc éviter de couper les amygdales enflammées et surveiller les jeunes opérés pendant quelques jours. — M. *Quénu* a complètement renoncé à l'amygdalotomie chez les enfants: il se sert du galvano-cautère que l'on fait pénétrer dans chaque amygdale sur deux ou trois points. La cicatrisation de cette galvano-puncture a lieu ordinairement en 12 ou 14 jours, sans aucun accident; l'amygdale est alors partagée en deux ou trois mamelons sur chacun desquels, dans une deuxième séance, on répète la même opération. En peu de temps la guérison est complète. Cette méthode de traitement, qui est d'une application facile et qui ne nécessite pas l'emploi du chloroforme, semble à M. Quénu devoir être substituée chez les enfants et même chez les adultes, à l'amygdalotomie qui est parfois suivie d'hémorrhagies et de quelques autres accidents. Tel n'est point l'avis de MM. Chauvel, Marc Sée, Verneuil, Championnière, qui estiment que toutes les fois que l'on se conforme aux règles qui doivent présider à l'ablation des amygdales, on peut éviter les accidents hémorrhagiques ou autres; toutefois, M. Championnière fait des réserves quant à l'usage de l'amygdalotome chez les adultes, ayant assisté à plusieurs hémorrhagies graves consécutives à son emploi.

Ablation des fibromes de l'utérus.

M. *Bouilly* a pratiqué récemment l'ablation d'un fibrome intra-utérin par la section césarienne suivie de suture immédiate de l'utérus; lorsque la tumeur a été enlevée, l'opérateur a placé 16 points de suture sur les tuniques de l'utérus, sans intéresser la muqueuse, puis il a fermé l'abdomen après irrigation de la cavité utéro-vaginale. Les suites de l'opération ont été indemnes de tout accident. M. *Marchand* rappelle que les fibromes de l'utérus ne sont pas toujours aussi facilement énucléables du tissu utérin qui les environne; il a examiné récemment à l'autopsie deux utérus dans lesquels il y avait fusion intime entre les fibres du néoplasme et les fibres utérines; cette fusion était telle qu'il était impossible de distinguer l'un de l'autre ces deux ordres de fibres. De même M. *Terrillon* a récemment vu un cas dans lequel l'ablation des fibromes par section césarienne eût été impossible: il existait, en effet, dans la cavité utérine un énorme polype en partie kystique dont la large base d'implantation eût rendu infructueuse toute tentative d'énucléation.

Ablation de la vésicule biliaire.

M. *Terrier* a pratiqué récemment la cholécystectomie chez une femme qui présentait depuis longtemps des crises de colique hépatique et qui éprouvait des douleurs très violentes. Comme particularité, il faut signaler l'écoulement de la bile qui se fit par la plaie et que M. Terrier attribue à la section du pédicule par un fil. La malade guérit bien. Toutefois M. Terrier pense qu'à l'avenir, en raison de la friabilité du canal cystique, il y aurait avantage à substituer une pince à demeure au fil à ligature.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur un nouveau procédé permettant d'apprécier le pouvoir digestif du suc gastrique sans recourir à la sonde (*Procédé de A. Günsburg*),

Par le docteur A.-B. Marfan, chef de clinique médicale (1).

L'analyse du suc gastrique a acquis dans ces derniers temps une très grande importance. Elle

(1) *Archives de médecine.*

mérite réellement d'occuper toute notre attention, car elle permet, dans l'appréciation d'un cas donné, de substituer une notion *objective*, précise, aux phénomènes *subjectifs* si variables rapportés par le malade, ce qui constitue un progrès considérable au point de vue nosologique et au point de vue thérapeutique.

Si l'analyse du suc gastrique est entrée dans la pratique clinique, on le doit d'abord à l'usage du siphon, puis aux procédés de recherches des acides par les méthodes colorantes, procédés imaginés par MM. Laborde et Dusart. La substance colorante employée varie avec les auteurs (violet de méthyle, vert brillant, tropéoline, papier du Congo, phloroglucine-vanilline, etc.) ; c'est là un point de médiocre importance. Ce qui est certain, c'est que ces procédés sont cliniques, c'est-à-dire peuvent être employés en quelque sorte au lit du malade, et que l'approximation qu'ils fournissent est suffisante pour classer les divers types dyspeptiques. D'ailleurs, si l'on veut faire des recherches plus approfondies et plus précises, il faudra employer des procédés plus complexes, par exemple, le procédé de MM. Hayem et Winter.

Mais, malgré leurs avantages, les procédés usuels présentent un inconvénient : c'est qu'il faut sonder le patient. Or, comme le dit M. Günzburg, dans certains cas, le cathétérisme de l'estomac est un supplice pour le malade et pour le médecin. Lorsqu'on veut étudier le suc gastrique des phthisiques, par exemple, comme j'ai cherché à le faire, on se trouve parfois en présence de malades avec lesquels les tentatives répétées que l'on fait pour introduire la sonde sont vraiment inhumaines.

Aussi, lorsque j'ai connu le nouveau procédé de Günzburg qui permet d'apprécier le pouvoir digestif du suc gastrique sans recourir à la sonde, me suis-je mis à l'étudier immédiatement. Les recherches que j'ai faites sont très favorables à la nouvelle méthode. Ce sont ces recherches que je vais exposer ici, me réservant de revenir plus tard sur l'étude du suc gastrique des phthisiques.

Principe du procédé. — Voici le principe du procédé de A. Günzburg. On administre au patient une substance qui n'est dissoute que par le suc gastrique et qu'il est facile de retrouver dans la salive ou dans l'urine (de préférence dans la salive, car il est plus facile d'obtenir régulièrement de la salive que de l'urine). L'iodure de potassium remplit ces conditions. Mais cette substance (KI) est préalablement enveloppée d'un corps (la fibrine) digestible dans le liquide stomacal et qui se digère plus ou moins vite suivant la puissance digestive du suc gastrique.

Le temps qui s'écoule entre l'ingestion de la substance ainsi préparée et l'apparition de l'iode dans la salive permet d'apprécier le pouvoir digestif du suc gastrique.

Tel est le principe, l'idée générale. Examinons quelle est la technique nécessaire pour réaliser cette idée et l'appliquer à la clinique.

Technique. — Je vais exposer la technique que j'ai suivie ; c'est exactement celle qui a été indiquée par M. A. Günzburg, sauf en ce qui concerne le repas d'épreuve (1). J'insiste sur ce fait que, bien que cette méthode soit d'un emploi facile, les petits détails ont leur importance.

a) *Préparation de la capsule.* — On prépare avec un peu de gomme des pastilles de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 d'iodure de potassium. On introduit une de ces pastilles dans un fragment de tube de caoutchouc très mince et d'une vulcanisation très forte (pour éviter la diffusion) ; on rabat les deux bouts et on ficelle le petit paquet ainsi formé avec trois fils de fibrine (conservés préalablement dans l'alcool, car alors ils sont flexibles et se laissent nouer facilement). On noue les fils de fibrine d'une manière très égale.

Les paquets ainsi formés se conservent longtemps dans la glycérine ; on les en extrait tous les huit jours pour les faire sécher et on les remet dans de la glycérine nouvelle. Quand on veut s'en servir, on prend un de ces paquets, on le sèche bien avec du papier buvard ou avec de l'alcool absolu et on le met dans une capsule de gélatine à emboîtement.

b) *Expérience.* — Quand on veut examiner le suc gastrique d'un malade, on commence à lui faire faire un repas d'épreuve (un œuf, 100 gr. de pain et un verre d'eau). Une heure après, le malade avale la capsule.

Dans la pratique hospitalière, voici les heures les plus commodes :

A sept heures du matin, repas d'épreuve.

A huit heures du matin, ingestion de la capsule.

A partir de huit heures, le malade crache tous les quarts d'heure (toutes les cinq minutes si l'on veut, bien que cela ne soit nécessaire que pour des recherches théoriques) dans un verre à expérience. Chaque verre à expérience porte à sa base une étiquette sur laquelle on écrit l'heure à laquelle la salive a été émise (8 h. 1/4, 8 h. 1/2, 8 h. 3/4, 9 h., 9 h. 1/4, 9 h. 1/2, etc...). Si on choisit ainsi ses heures, on peut surveiller l'expérience pendant la visite du matin. De plus, il n'y a aucun inconvénient à ce que le malade prenne un repas vers onze heures.

c) *Recherche de l'iode dans la salive.* — Le procédé le meilleur pour reconnaître l'iode dans la salive est le suivant : on additionne la salive d'une certaine quantité d'eau amidonnée ; puis on verse quelques gouttes d'acide nitrique fumant (et non pas d'un autre acide). S'il y a de l'iode, il se forme un précipité rougeâtre d'abord, puis bleu, d'iodure d'amidon.

On note alors à quelle heure l'iode apparaît dans la salive. Disons immédiatement, pour fixer les idées, que chez les sujets sains la réaction se produit presque invariablement une heure et quart après l'ingestion de la capsule.

Interprétation de l'expérience. — Que se passe-t-il dans l'estomac après l'ingestion de la capsule ? La capsule arrive dans le ventricule au moment où le suc gastrique a sa teneur maxima

(1) M. Günzburg administre le repas d'épreuve conseillé par Ewald et qui consiste en un petit pain blanc (35 gr. environ) et 300 gr d'eau ou de thé léger sans sucre ni lait. On verra plus loin que le repas d'épreuve que j'emploie est un peu différent. Je ne crois pas que cela ait une grande importance. La preuve en est dans la concorde parfaite des résultats obtenus par M. A. Günzburg et de ceux que j'ai moi-même recueillis.

Le temps après lequel on fait ingérer la capsule au patient est au contraire d'une importance capitale. C'est *une heure après le repas d'épreuve* que cette capsule doit être ingérée. Pour avoir des résultats comparables à ceux de M. Günzburg et aux miens, les expérimentateurs devront obéir étroitement à cette règle.

en HCl. où, par conséquent, il a son pouvoir digestif maximum. La capsule de gélatine se dissout assez vite, et à peu près dans le même temps chez tous les malades, quel que soit l'état de leur suc gastrique. La capsule dissoute, les fils de fibrine subissent l'action dissolvante du suc gastrique ; mais cette action est plus ou moins rapide suivant la teneur en H Cl, c'est-à-dire suivant la puissance digestive du suc gastrique. Cette dissolution met une heure à s'opérer, quand le suc gastrique est normal. Lorsqu'elle est complète, les bouts du tube de caoutchouc se déplient et l'iodure est dissous à son tour, puis résorbé et éliminé partiellement par la salive. Cette dernière opération s'accomplit en un temps minime, eu égard au temps de la dissolution de la fibrine.

Pour contrôler ces assertions, il faut faire une sorte de *contre-épreuve* que Günzburg appelle *l'épreuve de la résorption*. On prend un sujet chez lequel on a fait l'expérience que nous venons de décrire, et quand on a constaté qu'il ne s'élimine plus de Kl par la salive, on lui administre, une heure après, un repas d'épreuve, une simple pastille d'iodure de potassium dans une capsule de gélatine. On reconnaît aisément que, dans ces conditions, la durée de la résorption est, à quelques minutes près, de un quart d'heure, chez tous les sujets, quel que soit l'état de leur suc gastrique. On en conclut qu'il faut retrancher un quart d'heure de la durée totale de l'épreuve pour connaître le temps employé pour la dissolution des fils de fibrine. Puisque, chez les sujets bien portants, c'est une heure et quart après l'ingestion de la capsule qu'apparaît l'iode dans la salive, on peut conclure qu'à l'état normal les fils de fibrine mettent une heure à se dissoudre.

Examen des résultats. — Dans les recherches que nous avons entreprises chez l'homme *sain*, nous avons été frappé de ce fait que c'est presque invariablement une heure et quart après l'ingestion de la capsule que la réaction de l'iode apparaît dans la salive ; nous signalons de nouveau cette particularité qui a une importance majeure pour apprécier la valeur de la méthode.

Mais le point le plus intéressant, c'était l'examen des résultats obtenus avec le procédé qui nous occupe chez les malades dont le chimisme stomacal avait été étudié par les procédés usuels. Voici d'abord les résultats obtenus par Günzburg dans cet ordre d'idées : 1° chez des malades qu'on savait hyperchlorhydriques, la réaction s'est produite trois quarts d'heure après l'ingestion de la capsule ; 3° chez les malades dont le suc gastrique renfermait une proportion normale d'acide chlorhydrique, une heure et quart après l'ingestion de la capsule ; 3° chez les malades qu'on savait hypochlorhydriques ou anachlorhydriques, la réaction s'est fait attendre : 1 h. 3/4 ; 2 h. 1/4 ; 2 h. 1/2 ; 3 h ; 3 h. 1/2 ; 4 h ; 5 h.

Voici maintenant les résultats que j'ai obtenus moi-même avec le procédé de la capsule, chez des malades dont le suc gastrique avait été titré avec les procédés usuels.

Avec plus de 3 00/00 de H Cl, et au-dessus, la réaction apparaît 3/4 d'heures après l'ingestion de la capsule.

Avec 2,5 00/00 de H Cl, la réaction apparaît 1 heure après.

Avec 2 00/00 de H Cl, la réaction apparaît une heure et quart après.

Avec 1,5 00/00, la réaction apparaît 1 h. 3/4. après.

Avec moins de 1 00|00, la réaction se fait attendre deux heures et plus.

Jusqu'ici j ai examiné, avec le procédé de Günzberg, 60 sujets sains ou malades, quelques-uns à deux et trois reprises. Chez une dizaine j'ai contrôlé les résultats avec les méthodes colorantes.

Voici le tableau des sujets malades, avec le résultat de l'exploration.

Quatre cas *d'hyperchlorhydrie primitive chronique* ; chez ces trois malades la réaction s'est produite invariablement 3/4 d'heure après l'ingestion de la capsule.

Un cas *d'ulcère simple de l'estomac* ; la réaction s'est produite 3/4 d'heure après (hyperchlorhydrie).

Un cas de *grossesse* au début avec vomissements (réaction 1 heure 1/4 après ; suc gastrique normal).

Un cas de *goître exophtalmique avec grossesse de* 5 *mois* (vomissements) ; la réaction s'est produite 1 heure 1/4 après ; suc gastrique normal.

Deux cas *d'hystérie chez l'homme* avec vomissements ; la réaction s'est produite 1 heure 1/4 après ; suc gastrique normal.

Dix-huit cas de *phtisie pulmonaire à divers degrés* ; j'ai trouvé une fois une légère augmentation de H Cl; deux fois un suc gastrique normal ; 15 fois un suc gastrique insuffisant. (Je me borne à cette simple mention me proposant de revenir sur ces faits.)

Deux cas de *gastrite alcoolique* ; dans un cas la réaction s'est produite 1 h. 3/4. (légère insuffisance du suc gastrique) ; dans l'autre 3 heures après (insuffisance marquée du suc gastrique).

Un cas de *cancer de l'estomac* ; la réaction s'est produite 4 heures après. Insuffisance très marquée du suc gastrique.

Un cas de *cirrhose atrophique du foie avec gastrite alcoolique* ; la réaction s'est produite 2 h. 3/4 après (insuffisance très marquée du suc gastrique.)

Un cas de *kyste hydatique du foie* ; la réaction s'est produite 3 heures après (insuffisance marquée du suc gastrique).

Un cas de *rétrécissement mitral* chez une jeune fille (compensation, cyanose); la réaction s'est produite 2 h. 1/2 après (insuffisance du suc gastrique).

Un cas de *chlorose* légère : la réaction s'est produite 1 h. 1/2 après (légère insuffisance du suc gastrique).

Un cas de *chlorose très marquée* ; la réaction s'est produite 2 h. 1/4 après (insuffisance du suc gastrique).

Un cas de *chlorose* très marquée avec dilatation de l'estomac et gastralgie paroxystique ; la réaction s'est produite après une heure (suc gastrique légèrement suracide).

Un cas de *névralgie intercostale gauche* chez une femme fatiguée ; réaction 2 h. 1/4 après (suc gastrique insuffisant).

Un cas de *dilatation considérable de l'estomac* avec maladie de Raynaud ; la réaction s'est produite 1 h. 1/4 après (suc gastrique normal).

Un cas de *dilatation de l'estomac* avec eczéma de la face (réaction 3 h. 1/2 après ; insuffisance très marquée du suc gastrique).

Trois cas *d'entéroptose* avec abaissement du rein droit, une fois la réaction est apparue 3/4

d'heure après ; deux fois 1 heure après (dans ces trois cas, il y avait donc excès de sécrétion gastrique).

Un cas de *néphrite chronique* ; la réaction est apparue 3 heures et demie après (insuffisance du suc gastrique).

Un cas de *gastrite urémique* terminée par la mort. Pas de réaction 6 heures 1/2 après l'ingestion de la capsule. Défaut de sécrétion gastrique.

Un cas de *tumeur de la paroi abdominale* prise pour un cancer de l'estomac ; la réaction est apparue 1 h. 1/2 après (légère insuffisance du suc gastrique).

Un cas de *lithiase biliaire avec ictère* et accès de fièvre intermittente. Grossesse de 3 mois. Examen fait pendant une période d'apyrexie ; la réaction s'est montrée après 1 h. 1/2 ; (légère insuffisance du suc gastrique).

Avantages et inconvénients du procédé. Au point de vue clinique, les avantages du procédé de Günzburg sont évidents ; on n'a pas besoin de recourir à la sonde ; le procédé donne en bloc la puissance digestive du suc gastrique ; on évite ainsi une des causes d'erreur auxquelles exposent les méthodes colorantes, à savoir la difficulté de juger l'acidité totale, l'acide libre, l'acide combiné.

Pour que l'épreuve faite avec le procédé de Günzburg soit tout à fait probante, il faut veiller à ce que les deux conditions suivantes soient réalisées : 1° il faut s'assurer que le patient ne prend pas d'iodure de potassium depuis un certain temps ; 2° il faut s'assurer qu'il n'a pas pris, peu avant ou pendant l'expérience, du bicarbonate de soude. A propos de l'ingestion du bicarbonate de soude, voici un fait assez instructif. Un de nos hyperchlorhydriques, chez lequel nous savions qu'il existait plus de 3 00/00 de H Cl, devait faire l'épreuve du nouveau procédé ; mais la nuit qui précéda celle-ci, il eut une violente crise de gastralgie. Sachant que le bicarbonate de soude à haute dose calmait sa douleur, le malade se leva et avala une cuillerée à café de bicarbonate. L'expérience fut faite le matin, et la réaction n'apparut que deux heures après l'ingestion de la capsule. Lorsque nous eûmes connu la raison de ce retard, l'épreuve fut recommencée dans des conditions normales et la réaction apparut 3/4 d'heures après l'ingestion de la capsule.

On peut faire au procédé de Günzburg les objections suivantes.

On peut craindre que le bout de caoutchouc ne joue le rôle d'un corps étranger et ne provoque des accidents ; mais aucun des malades soumis à l'expérience n'en a éprouvé le moindre inconvénient ; et cette crainte nous paraît tout à fait exagérée,

On peut supposer aussi que, dans certains cas, la capsule traverse l'estomac sans s'y arrêter. Günzburg a montré, par l'aspiration, que la capsule et les fils de fibrine se dissolvaient bien dans l'estomac et non dans l'intestin. Du reste dans les cas où la réaction ne s'est pas produite au bout de 4 ou 5 heures, si on conserve des doutes, on n'a qu'à recommencer l'expérience.

Reste enfin la longueur de la recherche qui peut être très prolongée en cas d'anachlorhydrie. Actuellement, avec l'expérience que nous avons du procédé, lorsque la réaction de l'iode ne s'est pas produite 3 heures après, nous arrêtons la recherche et nous concluons à l'insuffisance très marquée du suc gastrique. Si nous avons des doutes, nous renouvelons l'expérience.

En résumé, nos recherches personnelles viennent à l'appui des assertions de Günzburg, et le nouveau procédé imaginé par cet auteur nous paraît appelé à rendre de grands services.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'assistance médicale dans toute la France.

Le Conseil supérieur a préparé un projet d'*Assistance.* Il sera, peut-être, traduit en loi par les Chambres. Nous ne nous faisons pas beaucoup d'illusions sur les chances, plus au moins lointaines, que nous avons de voir la France dotée d'une organisation qui ne laisserait plus un seul malade sans médecin. Nous voulons dire *sans médecin rétribué pour les soins qu'il donnera aux indigents.* Car, même en l'absence d'un service d'assistance assurant les soins d'un médecin à tout indigent, il est, à moins de certaines conditions de trop grand éloignement, bien rare que le pauvre ne soit pas visité par un médecin. C'est la profession médicale qui donne gratuitement des soins à au moins un indigent sur deux ou trois. Pour les deux autres, lorsqu'on paye le médecin, le prix de la visite est rarement supérieur à 1 fr. ; en général il s'abaisse à 0.50 et à 0,35 centimes.

On va dresser des listes, non *des indigents*, mais de *toutes les personnes qui seront admises au secours, à l'assistance médicale.* Elles devront être indiquées nominativement sur cette liste, alors même qu'elles feront partie d'une même famille.

Le grand danger, la grande difficulté va résider dans la confection de cette liste.

Celui qui paiera devra y participer ; le médecin qui *consentira une réduction sur son salaire habituel* devra y participer aussi.

C'est à cette épreuve, à ce criterium de la composition de la commission de la liste que nous jugerons la valeur de l'*assistance médicale.* Il faut que la liste soit dressée avec les médecins et non contre eux.

A. C.

Vente de médicaments par un médecin dans une localité pourvue d'une officine ; acquittement.

Un médecin, M. P..., domicilié à Saint-Eusèbe (Saône-et-Loire), commune où n'existe pas de pharmacie, jouissait, en vertu de l'exception édictée par l'article 27 de la loi de germinal, du droit de fournir des médicaments à ses malades ; il ne se bornait pas à en vendre à ceux qui habitaient sa commune, ainsi qu'à ceux qui venaient le consulter chez lui des communes voisines, mais encore il en délivrait aux malades demeurant à Montchanin, où se trouve l'officine de M. D... Ce dernier lui intenta un procès, et le Tribunal de Chalon-sur-Saône a acquitté le prévenu, par jugement en date du 31 janvier 1890. Ce jugement est en opposition formelle avec la jurisprudence, et particulièrement avec un arrêt de cassation remontant au 20 janvier 1855.

Texte du jugement :

Attendu que l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI autorise les officiers de santé établis dans les communes où il n'y aurait pas de phar-

cien à délivrer des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés ;

Qu'il résulte de ce texte, ainsi formulé, que le domicile de l'officier de santé ou du docteur qui a soigné des malades, quand il est situé dans une commune dépourvue de pharmacie, est la seule et unique condition que la loi impose pour l'exercice du droit de délivrer des médicaments, et qu'on ne saurait exiger, en outre, que le domicile du malade soit situé dans une commune où il n'y a pas de pharmacie ;

Qu'en effet, cette dernière condition placerait l'officier de santé dans la nécessité de s'enquérir du domicile des malades qui viennent le consulter, et l'obligerait, au cas où ses malades seraient domiciliés dans une commune pourvue d'une pharmacie, à leur refuser les médicaments qu'il est cependant autorisé à leur délivrer aux termes de l'article 27 précité ; que même, dans cet ordre d'idées, on irait logiquement jusqu'à interdire à l'officier de santé de s'en rapporter aux déclarations de ses clients et, en définitive, à ne lui permettre de ne fournir des médicaments qu'à ceux dont il connaîtrait personnellement le domicile ;

Attendu, en fait, que P.. n'a vendu des drogues et des substances curatives qu'à son propre domicile où il n'y a pas de pharmacie, *et à des malades auprès desquels il avait été appelé*, et que, par suite, et bien que ces malades fussent domiciliés dans une commune où il existait une pharmacie, on ne saurait décider qu'il a outrepassé la limite du droit que lui confère l'article 27 et qu'il a commis le délit d'exercice illégal de la pharmacie, avec d'autant plus de raison que lorsqu'il s'agit de l'application d'une peine, le prévenu doit bénéficier du doute résultant même des obscurités de la loi pénale ;

Attendu que les documents de jurisprudence invoqués par la partie civile ont été rendus dans des espèces où l'officier de santé était domicilié dans une commune pourvue de pharmacie, et sont, par suite, sans application dans la cause ;

Attendu, surabondamment, qu'il n'importe que P... ait déclaré à ses malades que ses médicaments étaient meilleurs et moins chers que ceux du pharmacien D..., ou même qu'il ait sollicité ses clients de Montchanin à venir s'approvisionner chez lui ; que ces circonstances seraient peut-être de nature à ouvrir à D... une action civile en dommages-intérêts, comme constituant des faits de concurrence déloyale et illicite, mais qu'elles sont étrangères à l'existence du délit d'exercice illégal de la pharmacie, qui, seul, pourrait servir de base à l'action de la partie civile ;

Par ces motifs,

Statuant, tant sur l'action publique que sur l'action civile,

Acquitte P... des fins de la plainte ;

Déclare en conséquence D... mal fondé en sa demande en dommages-intérêts ;

L'en déboute et le condamne aux dépens.

Nous ajouterons que la Cour de Dijon a confirmé le jugement qui précède, par adoption des motifs, par un arrêt en date du 12 mars 1890.

(*Répertoire de Pharmacie.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

M. le sénateur Maze. — Les médecins, les pharmaciens et les Sociétés de secours Mutuels. Je vous adresse un numéro du *Petit Var* où il est rendu compte de la conférence faite dimanche 27 par M. Maze sur la mutualité.

Je vous signale un passage relatif aux médecins et pharmaciens, représentés comme les pires ennemis de la mutualité.

Je ne m'attendais pas à la reproduction de cet argument des réunions publiques dans la bouche d'un homme d'une aussi grande valeur que M. Maze. — M. le sénateur aurait dû se souvenir qu'il ne s'adressait pas seulement à des simples d'esprit ; il y avait parmi ses auditeurs beaucoup d'hommes intelligents, qui ont été vraiment navrés d'entendre ces paroles malsaines, capables d'éloigner de la mutualité beaucoup de bons citoyens tout disposés, par esprit de charité ou par philanthropie, à venir en aide aux ouvriers. Mais franchement, comment voulez-vous que nous allions, cœur et âme, à des gens qui ne voient en nous que des ennemis...

Nous pouvons rester les soutiens de la mutualité tant qu'elle ne nous sera pas nuisible ; mais le jour où elle nous exploitera, nous médecins, nous l'abandonnerons et la livrerons à qui voudra accepter ses humiliantes conditions.

J'ai voulu vous signaler un fait que vous déplorerez sans doute.

Dr A.

Voici le passage du compte rendu du *Petit Var* :

« L'orateur continue en parlant des médecins des associations mutuelles. Ils font payer leurs visites aux mutualistes malades beaucoup trop cher. Le système meilleur et qui est mis en pratique dans toutes les grandes villes, c'est le paiement à l'abonnement. Pour arriver à ce résultat, il suffit de s'entendre et de se grouper. Il en est de même de la pharmacie, qui est l'ennemi de la mutualité comme le cléricalisme est l'ennemi de nos institutions républicaines. Il cite comme modèle de pharmacie coopérative, celle de Marseille, dont le directeur, l'honorable docteur Boniot, est à côté de lui. »

Nous avons lu la lettre de notre cher confrère le Dr A. d'autant plus étonnés, qu'il y a à peine quelques semaines, nous entendions à deux reprises au syndicat de *Versailles* et au syndicat de *Pontoise*, M. Maze constater le désintéressement absolu du corps médical

Sa pensée devait avoir été mal traduite par son improvisation.

Nous en avons donc communiqué le texte à M. de *Fourmestreaux*, président du syndicat de Versailles. M. Maze, à qui il exprimait sa pénible surprise, a de nouveau affirmé la sympathie qu'il professe, au Sud, au Midi, à l'Est et à l'Ouest.

Mais cette eau bénite de cour d'un courtisan de popularité ne peut suffire aux médecins. Pourquoi le langage change-t-il selon l'auditoire ?

M. *Maze* sait, mieux que personne, que ses chères sociétés de secours mutuels ne vivent que des sacrifices incessants du corps médical. Elles coûtent aux médecinx plus qu'à personne et M. Maze a mal parlé à Toulon. Il a eu tort de dire que médecins et pharmaciens, sont les ennemis des sociétés de secours, Le jour où ces deux professions leur retireraient leurs bienfaits, les sociétés auraient vécu. A. C.

REPORTAGE MÉDICAL

Le prix de l'Institut décerné à M. *Laveran*, du Val-de-Grâce, auteur de la découverte, si longtemps contestée, de *l'hématozoaire de l'impaludisme*, a été fêté par ses nombreux amis.

MM. Bouchard, Verneuil, Colin ont prononcé d'élogieux discours au banquet du Continental.

— Dans le *Progrès médical*, M. *Marcel Baudouin* résume, ainsi qu'il suit, les moyens de désencombrer les hôpitaux et hospices de Paris existants : 1° Organisation sérieuse des consultations externes dans tous les établissements hospitaliers, sous la direction d'un médecin et d'un chirurgien du Bureau central, avec délivrance des médicaments, des bains, des douches, d'un *secours de maladie*, etc. ; — 2° surveillance attentive des secours à domicile. Ces réformes diminueraient notablement déjà l'encombrement des salles des hôpitaux où on ne recevrait plus les cas légers ; — 3° transport dans les hospices des malades atteints de maladies chroniques où ils coûteraient moins que dans les hôpitaux ; — 4° assistance dans leur famille des vieillards et de ceux des chroniques dont la maladie n'exige pas la présence constante d'une personne pour les soigner et qui peuvent encore aider, en leur donnant des *pensions représentatives du séjour* à l'hospice — ce qui donnerait, dans les hospices, des lits disponibles pour les chroniques qui ont besoin de secours médicaux réguliers (cancéreux, etc.) ou dont la maladie (paralysie, ataxie, etc.,) nécessite la présence permanente de l'un des membres de la famille.

Ces réformes réalisées — et elles peuvent l'être facilement, — on se rendrait un compte exact de la situation et on verrait s'il est nécessaire — et dans quelle mesure — de créer de nouveaux hôpitaux ou de nouveaux hospices.

—*Un cas extraordinaire et tragique.* — Un médecin, praticien depuis cinquante ans, assistait une jeune femme, bien portante, dans son second accouchement. Celle-ci mit assez facilement au monde une fille bien conformée. Mais, au bout d'une demi-heure, comme le placenta ne sortait pas, le médecin se mit à en faire l'extraction. Les manœuvres délicates et douces ne suffisant pas, il employa de tels efforts qu'il dût recourir au chloroforme pour épargner à la patiente des douleurs d'une violence extrême. Quoique l'état de la malade, qui s'affaiblissait, devint progressivement plus alarmant, le médecin n'en continua pas moins les mêmes tentatives brutales, pendant deux heures, sur ce qu'il croyait être un placenta adhérent. Un confrère ayant été appelé finalement en consultation, s'écria : c'est une « inversion» et après s'être entretenu à la hâte avec le premier, il demanda un couteau pour couper quelque chose ; il mit immédiatement de côté ce qu'il avait extrait, mais la malade mourut quelques minutes après. Le médecin traitant avait énucléé l'utérus au moyen des mains seules, le prenant pour le placenta ; le consultant, ayant immédiatement reconnu la gravité de la situation, avait excisé la matrice et l'avait emportée de façon à couvrir son ami. Des soupçons s'étant élevés au sujet du cas, une enquête établit ce qui s'était passé. (*Scalpel.*)

— *Homicide par imprudence.* — Tribunal correctionnel de Baume-les-Dames. Un enfant fortement serré dans son maillot, qui lui tenait les bras, avait été confié pour un moment par sa mère, à une parente qui s'absenta elle-même, et couché dans un lit.

L'enfant se retourna sur le ventre ; sa bouche et son nez portant contre le matelas, la respiration devenait impossible, et l'enfant succomba.

Le tribunal a condamné les deux femmes à une amende, en considérant comme imprudence grave le fait d'emmailloter les enfants en leur emprisonnant les bras, et sans doute aussi celui de les abandonner sans surveillance. (*Union médicale*).

Voici la composition de la seconde policlinique : Clinique générale de Paris, 25, quai des Grands Augustins (place Saint-Michel). Consultations gratuites.

Chirurgie des Enfants ; Orthopédie, Dr Coudray.
Médecine des Enfants, Dr Carron de la Carrière.
Electrothérapie (Maladies des Muscles et des Nerfs), Dr Larat.
Maladie des femmes et Accouchements, Dr Fournel.
Hydrothérapie, Massage (Maladies Nerveuses et Mentales), Dr Descourtis.
Maladies de la Gorge, du Nez et du Larynx, Dr Astier.
Maladies de la peau, Syphilis, Dr De Molènes.
Médecine et Chirurgie des voies urinaires, Dr Malécot.
Maladies des yeux, Dr Pinel-Maisonneuve.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Paru : *Manuel du Candidat* aux divers grades et emplois de *Médecin* et *pharmacien* de la réserve et de l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur, *rédigé conformément aux programmes ministériels*, avec un résumé d'hygiène, de médecine, d'épidémiologie, de chirurgie militaire et de la simulation dans l'armée, gros in-18 Jésus de 600 pages environ avec gravures et plans. Prix : 5 fr. Remise de 20 % pour MM. les membres du Concours médical. Adresser 4 fr. 60 pour recevoir franco.

Cours de médecine à l'usage des gardes-malades, des infirmières et des gens du monde, par le Dr Horand, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon. Un fort vol. in-18 avec gravures de 475 pages. Prix : 4 fr. 20 % de remise.

La photographie de l'amateur débutant (troisième mille), édition augmentée : « Nous voulons que l'amateur le plus ignorant de la physique, après quelques instants employés à lire ces pages et l'acquisition peu onéreuse du matériel indispensable, puisse aborder la pratique et arriver d'emblée à des résultats encourageants qui l'auront vite enthousiasmé, » dit l'auteur dans sa préface. Prix : 1 fr. 25. Adresser en un mandat pour recevoir franco.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 23 | 7 Juin 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

L'érythème noueux palustre.

M. *Moncorvo*, professeur de clinique des maladies des enfants à Rio-de-Janeiro, a rappelé l'attention sur une manifestation peu commune de la malaria, l'érythème noueux palustre, déjà signalé en 1869 par Obedenaro et depuis par Boïgesco, à Bukarest : l'existence antérieure des accès de fièvre, les alternatives dans la marche de l'érythème en rapport avec les oscillations de la courbe thermométrique, la prompte régression sous l'influence de la quinine démontrent les liens qui unissent la dermatose en question et la fièvre intermittente.

Cet érythème noueux palustre n'a guère été vu que dans l'enfance; il peut atteindre les nouveau-nés, mais a été surtout observé de 2 à 5 ans, particulièrement chez les filles. Rien d'ailleurs dans l'apparence extérieure ne différencie l'érythème noueux palustre de la même dermatose causée par le rhumatisme.

La démangeaison dans la scarlatine.

Il y a peu de temps, M. *R. Saint-Philippe* (de Bordeaux) a insisté sur la fréquence de la démangeaison dans la scarlatine ; il a montré que les auteurs classiques avaient presque tous négligé de signaler l'existence possible du prurit dans cette pyrexie éruptive, si bien que bon nombre de praticiens hésitent à faire le diagnostic de cette maladie quand le malade accuse de la démangeaison.

Ce symptôme aurait aussi quelque importance au point de vue du pronostic ; les scarlatines qui démangent ne seraient pas des scarlatines graves.

La démangeaison s'observe probablement parce qu'en pareil cas l'éruption est peu intense et la lésion cutanée superficielle.

La glace et l'eau froide dans le traitement de le diphthérie.

M. *Bleynie*, professeur honoraire de l'école de Limoges, fait depuis plus de 30 ans des tentatives pour vulgariser en France le traitement de l'angine couenneuse par la glace. La bonté de ce traitement d'abord constatée empiriquement lui paraît expliquée maintenant par l'action antiseptique du froid sur le microbe de la diphthérie. La glace doit être introduite dans la bouche par fragments à intervalles rapprochés. A défaut de glace, l'eau froide agissant d'une manière continue, en gargarismes, en boissons, injections, irrigations, administrée de manière à produire un refroidissement suffisant, fait disparaître aussi les fausses membranes. M. Bleynie estime que dans le traitement de M. Guelpa, irrigation presque continue d'une solution de perchlorure de fer à 5-10 p.1000, c'est le refroidissement seul qui agit. Il rappelle dans le même ordre d'idées, l'antisepsie par le froid, le succès obtenu dans le traitement du furoncle par les compresses d'eau froide, de la pneumonie par l'application de glace sur le thorax (Lees, Goodhart), le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, la jugulation des péritonites par le sac de glace à demeure, les irrigations continues des grands traumatismes, etc.

Cirrhose alcoolique hypertrophique

La cirrhose alcoolique à son début est marquée par une hypertrophie du foie. Mais cette phase passe souvent inaperçue et les lésions en sont mal connues. Cependant l'hypertrophie præ-atrophique existe, elle a été souvent observée ; peut-être a-t-on eu tort de croire qu'elle existe toujours.

MM. *Hanot et Gilbert* ont observé plusieurs malades atteints de cirrhose alcoolique atrophique, qui avaient été soignés auparavant pour engorgement du foie ; mais ils n'ont jamais vu un foie, initialement hypertrophié sous l'influence de l'alcool, diminuer graduellement de volume et s'atrophier jusqu'à la mort. Au contraire, lorsqu'ils

ont trouvé chez les alcooliques un foie volumineux, l'organe est toujours resté hypertrophié, soit en se rétractant très légèrement, soit en conservant ses dimensions exagérées jusqu'à la mort.

Aux faits de cet ordre convient donc la désignation de « cirrhose alcoolique hypertrophique ». Les causes et les symptômes initiaux de cette forme de l'affection ne diffèrent pas de ceux de la cirrhose vulgaire et l'on ne peut trouver, ni dans la qualité des boissons alcooliques, ni dans l'âge ou la constitution de ceux qui en font abus, la cause déterminante de l'une ou l'autre des deux formes. A la période d'état, on trouve encore dans les deux cas les mêmes expressions cliniques. La cirrhose alcoolique hypertrophique peut demeurer latente, fruste, et des symptômes importants, tels que la circulation collatérale, l'ascite, peuvent manquer. Elle peut enfin revêtir une forme achevée et présenter alors tous les symptômes de la cirrhose ordinaire. Parmi ces symptômes, la dilatation des veines sous-cutanées abdominales est quelquefois nulle, d'autres fois considérable.

L'examen de l'abdomen permettra seul, par conséquent, de dire si la cirrhose alcoolique est atrophique ou hypertrophique. Dans ce dernier cas, le foie, débordant le rebord costal de plusieurs travers de doigt, offrira à la palpation une consistance ferme, un rebord mousse et parfois une surface inégale, ce qui peut conduire au diagnostic de congestion hépatique, d'hépatite graisseuse ou à tout autre diagnostic erroné, si l'on considère comme synonymes cirrhose alcoolique et cirrhose atrophique.

Au point de vue du pronostic, si la cirrhose alcoolique peut, dans quelques cas, s'amender, permettre la disparition de l'ascite et une survie assez longue (observations de Monneret, de Leudet, de Frerichs, de MM. Dieulafoy, Raymond, Bucquoy, etc.), ces faits constituent de véritables exceptions.

Pour la cirrhose alcoolique hypertrophique, le pronostic est bien moins sombre, puisque, dans les deux tiers des cas, elle s'améliore ou guérit. (Observations de Troisier, Dujardin-Beaumetz, Bouchard, Proust, Damaschino, Rendu, Gaucher, André Petit, Millard, Lancereaux, etc.).

La première condition de la curabilité est la suppression de la cause, c'est-à-dire de l'alcool, et la soumission au régime lacté. Les iodures, les mercuriaux, le calomel en particulier, rendront de grands services ; pour combattre l'ascite on aura recours aux diurétiques, aux purgatifs, à la ponction. L'ascite peut, au moyen de ce traitement, diminuer ou cesser de se reproduire ; alors la circulation collatérale diminue : les veines sous-cutanées abdominales s'affaissent, ce qui prouve que les voies circulatoires intra-hépatiques sont devenues plus perméables. Cette perméabilité du foie s'accuse encore par l'affaissement des varices hémorrhoïdales, la cessation des hémorrhagies rectales et quelquefois par la rétraction de la rate.

En même temps, les fonctions digestives sont meilleures, les urines plus abondantes, les varicosités disparaissent, l'embonpoint et la vigueur renaissent ; quelquefois même le foie reprend des dimensions presque normales. Le plus ordinairement, toutefois, sa rétraction est légère ou nulle. Il n'est donc pas question de guérison véritable, mais de l'établissement d'un *modus vivendi* assez précaire qui permet aisément les rechutes.

D'autre part, la cirrhose alcoolique hypertrophique peut entraîner la mort. L'autopsie permet alors d'étudier les caractères qui lui appartiennent. Le foie atteint le poids de 2 kilogr. ; 2 kilogr. 500, et même 3 kilogr. ; bords mousses ; couleur gris jaunâtre ou jaune rosé ; surface hérissée de saillies parfois assez notables, mais ordinairement du volume d'un grain de mil, d'une lentille ou d'un pois, disséminées surtout sur le bord postérieur et sur le lobe gauche, moins nombreuses et moins accusées que dans la cirrhose atrophique. Le parenchyme hépatique crie sous le scalpel, la surface de section le montre divisé en granulations jaunâtres par des anneaux fibreux rosés.

La rate est hypertrophiée, les veines portes accessoires très développées, l'ascite plus ou moins considérable.

Au microscope, le tissu hépatique est segmenté par des anneaux de tissu conjonctif qui limitent des îlots plus ou moins grands. Les anneaux cirrhotiques contiennent la totalité des espaces portes et la plupart des veines sus-hépatiques. Ils sont formés d'un tissu fibreux riche en cellules rondes, creusé d'angiectasies capillaires et de néocanalicules biliaires. Comme la cirrhose atrophique, la cirrhose hypertrophique est donc une sclérose annulaire périveineuse. La topographie des lésions scléreuses n'explique pas l'atrophie ou l'hypertrophie ; pour s'en rendre compte, il faut considérer l'épaisseur et la rétractilité des anneaux fibreux, d'une part, et la façon dont se comporte le parenchyme. En effet, dans l'atrophie, les cellules hépatiques disparaissent sous la compression des anneaux scléreux ; dans la cirrhose hypertrophique, l'augmentation de volume est due à un processus complexe ; d'un côté, production d'un tissu anormal d'anneaux fibreux creusés de nombreuses angiectasies capillaires ; d'un autre côté, hypertrophie véritable des travées hépatiques.

La cirrhose hypertrophique n'est pas une espèce particulière. Les types extrêmes de la cirrhose hypertrophique et de la cirrhose atrophique sont reliés par une série de cas intermédiaires, ce qui démontre l'importance secondaire du volume du foie. Cependant, dans la description de la cirrhose alcoolique, il faudra désormais mentionner cette forme particulière dans laquelle la glande subit une augmentation de volume au lieu des'atrophier progressivement.

MÉDECINE PRATIQUE

La typhlite, l'infection intestinale et le phagocytisme.

Le cæcum et son appendice protestent contre les affirmations optimistes des partisans des causes finales, — à moins qu'on ne veuille dire que le cæcum nous a été donné par la nature pour nous procurer des typhlites, comme Voltaire voulait que le nez eût été créé pour porter des lunettes. On ne saurait rêver une disposition plus incommode que celle de ce réservoir stercoral dont le contenu doit cheminer contre l'action de la pesanteur, dont les parois sont presque dépourvues de contractilité, qui succède brusquement à un canal beaucoup plus étroit — cause surajoutée de stagnation du contenu, — auquel enfin est annexé un diverticule appendiculaire

non seulement inutile, mais nuisible, puisqu'il est la plus fréquente des causes de perforation intestinale.

La seule explication satisfaisante de la présence du cæcum et de son appendice chez l'homme est la doctrine de l'évolution, qui laisse subsister chez les espèces supérieures les vestiges inutiles d'organes utiles chez d'autres espèces : le cæcum chez un quadrupède herbivore se comprend, chez un bipède il est fâcheux, surtout quand ce bipède s'est soumis de plus en plus à une alimentation de carnassier.

Ce préambule a pour but d'insister sur la fréquence des affections du cæcum et la nécessité de les bien connaître. Il n'y a pas très longtemps qu'on a commencé à pénétrer le mécanisme de la plupart d'entre elles, et même, à mon avis, beaucoup de médecins se font encore une idée inexacte des causes intimes des typhlites et par suite du traitement qui leur convient.

La pathologie du cæcum pivote autour de trois points : 1° la stagnation des matières stercorales et des corps étrangers; 2° les réactions du péritoine contre les causes d'inflammation du cæcum lui-même; 3° les lésions de l'appendice. Nous les examinerons successivement.

Mais, avant même de les aborder, il nous faut esquisser un tableau de pathologie générale qui domine toute localisation, c'est le rôle des microbes et du phagocytisme dans les maladies d'origine intestinale. C'est là le côté neuf de la question, et, dussé-je faire lever les bras au ciel à quelques-uns de mes confrères qui se sentent de l'éloignement pour les doctrines microbiennes, je crois devoir répondre aux vœux du plus grand nombre en poursuivant à propos du cæcum l'exposé de ce phagocytisme dont j'ai montré l'importance il y a quelques mois à propos de la pneumonie.

I

J'insisterai d'abord sur ce point que les phénomènes dont je vais parler ne sont pas des hypothèses ; ce n'est pas du roman, c'est de l'histoire.... naturelle, — non pas celle d'il y a dix ans, mais celle d'hier et d'aujourd'hui.

Tous ceux qui ont regardé ont vu ce que je vais vous dire ; tous, depuis Metchnikoff, le père de la théorie du phagocytisme, jusqu'à A. Ruffer qui, en février dernier, publiait un mémoire d'une parfaite précision sur le phagocytisme intestinal ; tous ces observateurs dignes de foi ont constaté que les microbes innombrables qui vivent constamment en parasites dans l'intestin cherchent sans cesse à franchir la barrière épithéliale. Non seulement ces hôtes indiscrets profitent de la moindre ulcération de la muqueuse qui leur ouvre une porte, mais ils savent même s'insinuer dans les interstices des cellules de l'épithélium de revêtement normal et non altéré.

Mais, quand ils ont pénétré à une faible profondeur dans la couche sous-épithéliale, ils sont aussitôt cernés par les leucocytes issus des vaisseaux par diapédèse. Ces leucocytes, ou microphages (petits mangeurs de microbes), comme les a appelés Metchnikoff, grâce à leurs propriétés amiboïdes, c'est-à-dire grâce à la faculté qu'ils ont de modifier eux-mêmes la forme de leur protoplasma, de s'étirer, de s'étaler, de se raccourcir, ont pu non seulement sortir des vaisseaux, comme Cohnheim l'avait vu il y a plus de dix ans, mais cheminer dans les tissus.

Les leucocytes savent encore, quand ils trouvent à leur portée un corps solide quelconque plus petit qu'eux, l'attirer, l'englober et le faire pénétrer dans l'intérieur de leur protoplasma. Il y a bien longtemps que le fait était connu pour les poussières inorganiques, grains de charbon, de vermillon ou de bleu de Prusse ; il est non moins prouvé que les microbes, ou du moins certains microbes, ceux qui ne sont pas trop virulents, sont absorbés par les leucocytes et digérés par eux.

Les leucocytes, qui étaient accourus des profondeurs de la muqueuse vers la surface pour cerner les microbes, se dirigent en sens inverse, quand ils les ont absorbés, et s'en retournent, chargés de leur proie, vers les profondeurs où ils rentreront dans la circulation lymphatique. Mais pendant ce retour ils passent à portée de grandes cellules peu mobiles (macrophages — gros mangeurs de microbes) qui les saisissent eux et leur contenu et les absorbent comme ils avaient eux-mêmes saisi les microbes. C'est sur des coupes de la muqueuse au niveau des plaques de Peyer et des follicules clos que les faits dont je parle ont été constatés. Or on sait que les éléments du tissu lymphoïde abondent dans le cæcum et dans son appendice.

Continuellement chez l'homme le mieux portant s'opère ce double travail d'invasion de la paroi intestinale par les microbes et de destruction des microbes envahisseurs par les phagocytes, microphages et macrophages ; si l'attaque est incessante, la vigilance des sentinelles la rend inoffensive.

Mais il y a des circonstances nombreuses qui peuvent changer les conditions de la lutte, fortifier les assaillants, affaiblir les défenseurs ; par quels procédés, c'est ce qui me reste à dire.

Le phagocytisme, c'est-à-dire la préhension, l'absorption et la digestion des microbes par les leucocytes, suppose un phénomène préalable, la diapédèse, c'est-à-dire, l'issue des phagocytes hors des vaisseaux. Mais pour que la diapédèse s'opère, il faut d'abord que les vaisseaux capillaires se dilatent, afin que les leucocytes se trouvent par suite du ralentissement du courant sanguin, tassés le long de la paroi et prêts à la traverser ; or la dilatation vasculaire dépend elle-même des nerfs vaso-moteurs, c'est-à-dire des centres nerveux, soit spéciaux, soit sympathiques. On comprend donc qu'une influence exercée sur le système nerveux puisse inhiber les vaso-moteurs et supprimer la diapédèse d'une manière plus ou moins durable. Ainsi peuvent agir le froid, les secousses nerveuses, les intoxications, etc.

Les mouvements propres, amiboïdes, à l'aide desquels les leucocytes vont au devant des microbes et s'emparent d'eux, peuvent être paralysés par certaines influences toxiques : des expériences récentes ont montré que le phagocytisme était suspendu chez les animaux intoxiqués par le chloroforme ou la paraldéhyde. Or les microbes, petits champignons, sont ce qu'ils sont et font ce qu'ils font grâce aux substances chimiques ou produits solubles qu'ils sécrètent, diastases ou alcaloïdes, qu'ils fabriquent comme les grands végétaux ; si certains champignons font de la muscarine, certaines solanées de l'atropine ou certaines papavéracées de la morphine, poisons

paralysants pour nos éléments anatomiques, certains microbes d'une virulence particulière fabriquent aussi des poisons qui engourdissent nos leucocytes et les mettent hors d'état de nous défendre.

Dés que la mort est venue anéantir nos phagocytes, les microbes, agents de putréfaction, ceux qu'on appelle les saprophytes, font un véritable exode à travers les parois de l'intestin et bientôt on les trouve qui fourmillent dans le péritoine.

De même, quand une sorte de mort locale s'est produite au niveau d'une anse intestinale étranglée, les microbes trouvent moyen de sortir de l'intestin, puisque Nepveu les a signalés dans la sérosité du sac herniaire, alors que la paroi intestinale n'offrait point de solution de continuité macroscopique.

Au sein des matières fécales se produisent incessamment, par suite des putréfactions, des substances chimiques trés nombreuses d'une haute toxicité, et notamment des alcaloïdes paralysants qui peuvent contribuer à suspendre le phagocytisme de la muqueuse intestinale et à favoriser l'invasion, l'infection de la paroi par les microbes de la cavité du cæcum. — Ceux-ci, quoiqu'étant toujours très nombreux, ne sont pas cependant toujours en même nombre. Quand les résidus alimentaires sont particuliérement putrescibles, les microbes pullulent d'une façon plus intense. Bouchard a pu dans un cas évaluer leur masse au tiers de la masse fécale. — Plus les microbes sont nombreux, plus il y a de chances pour que leur invasion dans la paroi intestinale soit suivie de succès, car le temps est passé où l'on pouvait croire que le nombre des agents infectieux n'avait pas d'importance au point de vue de la réussite de l'infection ; les travaux contemporains nous ont montré que plus les microbes sont nombreux et plus vite ils triomphent des résistances de l'organisme ; ils peuvent donc accabler nos phagocytes et paralyser leur résistance soit en vertu de leur nombre, soit en vertu de leur virulence, c'est-à-dire de la haute toxicité des substances chimiques qu'ils sécrétent.

II

Les données que je viens d'exposer sont bien en rapport avec ce qu'on sait de certaines causes des typhlites : une alimentation copieuse très animalisée, donnant en abondance des déchets putrescibles, la constipation, c'est-à-dire l'accumulation de corps durs comme des matières fécales séches ou la présence de corps étrangers, qui peuvent fissurer, excorier la muqueuse, sont des conditions prédisposantes, de tout temps admises. Puis les traumatismes de la région cæcale, l'influence du froid inhibant le système nerveux sont des causes occasionnelles. Mais le mécanisme de toutes ces causes anciennement connues n'est-il pas bien éclairé par la découverte du phagocytisme?

Quand les microbes, ayant pénétré dans la paroi intestinale sans avoir été saisis immédiatement et détruits par les phagocytes au fur et à mesure de leur invasion, ont pu y prendre pied, s'installer, s'y multiplier, deux choses peuvent se produire.

Si ce sont des microbes très virulents; dès qu'ils ont pénétré dans la circulation, ils vont causer une maladie générale variable suivant leur nature ; si ce sont des pyogènes, une pyémie, ou quelque septicémie non dénommée. L'organisme pourra succomber ; mais il pourra réagir efficacement par tous les moyens de défense dont il dispose contre les agents infectieux, en premier lieu par le phagocytisme qui ne s'exécute pas seulement au niveau de la porte d'entrée des infections, mais en tous les points de l'organisme où existent des phagocytes, c'est-à-dire dans le sang et la lymphe, dans les ganglions, dans la rate, partout il y a des globules blancs, des microphages et des macrophages.

Alors se montrent le malaise, l'abattement, la céphalalgie, la fièvre, les signes des états dits muqueux qui, s'ils sont quelquefois dus à des microbes spécifiques atténués, comme le bacille d'Eberth, c'est-à-dire s'ils sont des fiévres typhoïdes abortives, peuvent être aussi causés par des microbes plus vulgaires. Ceux-ci peuvent être des streptocoques, capables d'aller faire des endocardites infectieuses, des arthropathies pseudo-rhumatismales, etc., ou d'autres microbes non dénommés. Ma conviction est qu'une foule d'états morbides mal classés qui surviennent chez des individus atteints de copostase habituelle, sont des infections septicémiques passagères, mais générales, dont l'organisme triomphe.

Mais à côté de ces cas il y a place, et c'est par là que je reviens à la typhlite, pour ceux où la réaction de l'organisme se manifeste au niveau même du point envahi par les microbes, c'est-à-dire dans la paroi même du cæcum ; c'est, j'imagine, affaire d'espèces microbiennes différentes, ou de degré dans la virulence d'une même espèce. Alors l'inflammation du cœcum, c'est la lésion locale, indice de la lutte qui se livre entre les microbes et les phagocytes : l'épaississement de la paroi, c'est le résultat de l'exsudat, c'est-à-dire de la diapédèse intense des leucocytes et de l'issue du plasma sanguin en dehors des vaisseaux dilatés.

Si la lutte est rapidement terminée par le triomphe des leucocytes, la guérison se fait par la résolution locale, c'est-à-dire la rentrée des leucocytes chargés de microbes dans la circulation générale.

Mais l'intensité du processus phagocytique peut être telle que les leucocytes, venus en trés grand nombre, succombent, même triomphants des microbes, par l'excés même de leur affluence, s'étouffant les uns les autres, faute d'espace et d'alimentation : alors la lésion passe à l'état d'infiltration purulente ou d'abcés collecté: qu'est-ce que le pus, sinon une accumulation de leucocytes mortifiés, nécrosés, devenus incapables de rentrer dans la circulation ?

Si quelques microbes ont échappé aux phagocytes dans la lésion locale, ils peuvent aller déterminer dans l'organisme des accidents généraux ou complications plus ou moins graves, comme on en observe au cours de certaines typhlites.

Enfin, si les microbes ont gagné par les lymphatiques la séreuse péritonéale, ils peuvent provoquer la péritonite simple adhésive, ou la péritonite suppurée, s'ils sont pyogènes; car la fameuse inflammation de voisinage des classiques doit s'entendre, avec nos conceptions actuelles, comme le résultat d'une migration des agents infectieux.

S'ils restent localisés au voisinage du cæcum, par suite de l'exsudat et des adhérences qu'ils provoquent entre les feuillets séreux, la périty-

phlite seule existe, simple ou suppurée ; mais si les mouvements imprimés intempestivement aux anses intestinales disséminent les microbes au loin dans les replis de la séreuse, voilà la péritonite généralisée.

Qui ne prévoit déjà, d'après ces données de pathogénie, la direction qu'il convient d'imprimer à la thérapeutique des typhlites? — C'est celle-ci que nous allons aborder maintenant ; et une fois de plus nous espérons démontrer à nos lecteurs qu'en parlant à l'occasion pathogénie générale et microbie, nous restons fidèle à notre titre de médecine pratique.

(*A suivre*).

P. Le Gendre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les gros calculs biliaires.

A diverses reprises, depuis dix-huit ans, et, en particulier, l'été dernier, dans mon service des femmes, à l'hôpital thermal de Vichy, j'ai eu à soigner des malades qui avaient rendu des calculs hépatiques de dimension extraordinaire, dont le diamètre de trois ou quatre centimètres appelle forcément l'attention. Ce sont, en effet, des exceptions ; car, dans la généralité des cas, les concrétions biliaires sont nombreuses et de petit calibre. Leur volume est en raison inverse de leur nombre. Leur expulsion peut être précédée d'accidents persistants et plus ou moins graves, qui, pendant plusieurs mois et quelquefois des années, empoisonnent l'existence des malades. J'ai été surtout frappé de l'amaigrissement qui en est la conséquence et qui s'explique par le manque d'appétit, les vomissements et l'insomnie. Une malade qui m'avait été adressée par le Dr Garsaux avait perdu en six mois 56 livres. Une autre dame, Mme S..., cliente du Dr Pruvost, qui, à la vérité, était polysarcique depuis l'âge de 15 ans, avait maigri de 75 livres, dans le courant de l'année 1885, avant d'expulser, le 2 janvier, un calcul biliaire de 32 millimètres sur 22.

Cette délivrance avait été précédée d'horribles douleurs, d'une augmentation rapide du volume du foie, qui débordait de 8 centimètres.

A partir de l'expulsion, il n'y eut plus de douleurs hépatiques ; au bout d'un mois, le foie était redevenu normal. Disparition définitive de l'ictère et de la coloration safranée des urines.

D'autres observateurs ont publié des cas analogues. J'ai pensé qu'il y aurait un certain intérêt à les résumer, ceux du moins qui sont typiques.

Dans la séance du 22 mars 1889, le Dr Oppenheimer a présenté à la Société de médecine de Berlin un cholélithe, gros comme un œuf de poule, et expulsé par une femme de 66 ans à travers une fistule des parois abdominales, communiquant directement avec la vésicule biliaire. Deux ans avant l'expulsion de ce volumineux calcul la malade fut opérée pour un abcès de la paroi abdominale. On ne put alors constater aucune communication de l'abcès avec la vésicule biliaire ou l'intestin. La malade sortit de l'hôpital avec une petite fistulette qui ne voulait pas se refermer et qui, après avoir donné lieu à la formation d'un nouvel abcès, servit à l'expulsion du calcul en question.

M. Oppenheimer a réuni 62 observations analogues. Sur 45 de ces cas où le sexe des malades est indiqué, 38 se rapportent à des femmes et 7 à des hommes. L'âge est indiqué dans 40 cas ; sur ce nombre il y avait 7 malades âgés de moins de 40 ans et 33 âgés de plus de 40 ans. Ainsi, même dans les cas rares d'expulsion des calculs biliaires par une fistule des parois abdominales, nous voyons confirmer ce fait que le sexe féminin et un âge avancé prédisposent à la cholélithiase. L'obésité est invoquée comme facteur étiologique chez un certain nombre de ces malades.

— Au mois d'avril 1889, MM. Aviragnet et Vassal ont présenté à la Société anatomique un calcul ayant produit des accidents mortels d'occlusion intestinale, chez une femme de 54 ans, soignée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Laboulbène.

A l'autopsie, on trouva dans l'intestin grêle, à 1 mètre environ de la valvule iléo-cæcale, un calcul biliaire mesurant 4 centimètres de long, ayant une circonférence de 8 centimètres 1/2 et pesant 25 grammes.

La partie de l'intestin située en avant du calcul (duodénum et jejunum) était dilatée, congestionnée, remplie de matières liquides. Au niveau du calcul, l'intestin avait une coloration verdâtre ; les tuniques étaient friables, mais en aucun point il n'existait de perforation.

La vésicule biliaire, entourée d'un épais tissu fibro-graisseux, adhérait intimement au duodénum et à l'estomac. On l'incisa : il s'écoula de la bile, mais pas de calculs. En agrandissant l'ouverture, on constata que la vésicule était petite, atrophiée par suite de la présence prolongée, dans son intérieur, du volumineux calcul qui siégeait dans l'intestin grêle. Le fond de l'organe était irrégulier, anfractueux et correspondait exactement à l'une des faces du calcul qui présentait une série de dépressions et de saillies.

La vésicule communiquait par un large orifice avec l'estomac et le duodénum au niveau du pylore. C'est par cet orifice que le calcul avait pénétré dans l'intestin, dans la nuit du 9 au 10 mars. Si la malade avait vécu plus longtemps, le corps étranger serait arrivé jusqu'à la valvule iléo-cæcale ; mais son volume permet de supposer qu'il lui aurait été impossible de passer dans le cæcum. Dans ces conditions, la mort était inévitable. Seule une laparotomie aurait peut-être pu sauver la malade.

Le Dr Bouloumié a publié l'observation d'une femme de 50 ans qui parvint à expulser par les conduits naturels un volumineux calcul pesant 20 grammes et mesurant 5 centimétres de longueur et 7 centimétres de circonférence. — Il était composé de cholestérine, comme la plupart des cholélithes développés dans la vésicule. Comme la personne en question n'offrit aucun phènomène pouvant faire songer à une perforation de la vésicule et de l'intestin, qu'elle eut de l'ictère pendant la crise qui précéda l'expulsion de ce gros calcul, on peut admettre qu'il a réussi à dilater suffisamment le canal cholédoque pour arriver dans l'intestin.

Le docteur Léon Dufour, de Fécamp, a raconté naguère l'histoire d'une femme de 66 ans, qui a rendu par la paroi abdominale abcédée un calcul, qu'elle comparait à un petit poids d'horloge du

poids de 15 grammes. La longueur prise entre deux points posés à chaque extrémité, était de 4 centimètres et la circonférence de 8 centimètres.

On trouve au musée Dupuytren une collection très importante de calculs biliaires. Voici, indiqués par ordre numérique, ceux qui sont les plus curieux et rentrent davantage dans notre sujet :

N° 517. —Calcul biliaire volumineux, ovoïde, il est rugueux à sa surface et possède le *volume d'un petit œuf de poule*. Il remplissait en entier le volume de la vésicule biliaire ; sa coupe indique qu'il est entièrement constitué par de la cholestérine.

N° 518. — Calcul biliaire ovoïde, très volumineux, qui devait remplir la totalité de la vésicule. Il a été brisé dans sa partie moyenne, et l'on peut constater à son centre un noyau de matière brune, autour de laquelle tombent perpendiculairement des cristaux rayonnés de cholestérine.

N° 519. — Enorme calcul, constitué par de la cholestérine, qui pesait encore, huit jours après son expulsion, 18 grammes. Il mesure en longueur 43 millimètres, son plus grand diamètre est de 23 millimètres, son plus petit 16. La circonférence est de 9 centimètres.

Le Dr Brouardel pense que ce calcul a passé directement dans le gros intestin, à la suite d'adhérences de la vésicule. (Société anat. 1875, tX. p. 570.)

Il provient d'une femme de 78 ans, qui fut prise de constipation opiniâtre et de vomissements bilieux, qui ne cédèrent à aucun des moyens usités en pareils cas. Cette constipation, qui dura six jours, fut rebelle aux purgatifs ; le septième, la malade ayant essayé d'évacuer, entendit tomber le corps du délit dans le vase. Dans la journée, elle rendit dix autres calculs plus petits.

N° 520. — Calcul de cholestérine qui a près de 5 centimètres de long sur 8 de circonférence.

N° 521. — Calcul oblong, presque aussi volumineux que le précédent, et composé de couches superposées de cholestérine.

N° 523. — Deux calculs à facettes, du volume d'une grosse noisette.

N° 535. — Très importante collection de calculs biliaires, variés de volume ou de forme, du professeur J. Cloquet. Malgré le temps, la plupart d'entr'eux ont conservé leur teinte jaune paille. Celle-ci devient plus foncée et même noirâtre dans les gros calculs. Les plus volumineux ont la dimension d'un œuf de pigeon, sans aucune des facettes qui sont si fréquentes, lorsqu'il existe une agglomération de cholélithes.

N° 536. — Pièce unique, absolument remarquable, composée de soixante-quinze calculs agglutinés ensemble, de façon à présenter l'aspect d'un épi de maïs. Elle a été expulsée par les selles et on ne possède que des renseignements insuffisants sur son compte. M. Sabranca. *Union médicale de la Gironde*. Avril et mai 1854.)

N° 536 A.— Modèle, procédé Thibert, d'un calcul biliaire, qui occupait toute la cavité de la vésicule, dont les parois étaient hypertrophiées et indurées (Professeur Chomel). Si la laparotomie exploratrice, dont les dangers sont bien atténués par l'application d'une antisepsie rigoureuse, avait été usitée à cette époque, on aurait probablement sauvé la victime.

N° 536 B. — Calcul volumineux de la vésicule (Moutard-Martin).

N° 536 C. — Calcul volumineux de la vésicule (Pellarin, 1881).

N° 542. — Canal cholédoque oblitéré à son embouchure dans le duodénum par un calcul biliaire volumineux. Le canal cholédoque a subi une dilatation considérable ; il a acquis la capacité d'une anse intestinale (M. Barth).

L'obstruction des canaux cholédoque et cystique peut ne pas dépendre de la cholélithiase et relever de la compression, d'une sténose cicatricielle, à la suite d'angiocholite suppurée ou ulcéreuse, etc.

....

....

En résumé, dans la plupart de ces cas, après des accidents plus ou moins graves et des déchirures internes probables, l'économie est parvenue à la longue à se débarrasser de ces corps étrangers qui peuvent même passer inaperçus, lorsqu'ils ne s'engagent pas dans les conduits biliaires. Bien des vieilles femmes portent de gros calculs, sans en être incommodées, et nous en avons tous trouvé en disséquant. Mais à côté de ces cas favorables, il en est d'autres, comme je le disais en commençant, qui sont suivis de tout un cortège de symptômes douloureux et tapageurs ; ils demandent des solutions énergiques. C'est alors que l'intervention chirurgicale peut devenir nécessaire, en imitant ce que fait la nature, soit en établissant des fistules pour amener au dehors la bile, ou les calculs accumulés dans la vésicule, soit pour détourner la bile dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin.

Les fistules viscérales les plus fréquentes sont les fistules cystico-gastriques, intestinales ou duodénales.

Dans sa thèse d'agrégation (Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire 1886), le Dr Maurice Denucé signale un grand nombre d'observations curieuses, entre autres la communication accidentelle d'une vésicule biliaire avec un utérus gravide, ce qui permit à une femme d'expulser en même temps son fœtus et ses calculs biliaires par le vagin.

Un de mes malades m'a raconté que, dans sa famille, où chacun était atteint de lithiase biliaire, une de ses tantes avait rendu une douzaine de calculs, qui étaient venus sortir au pli de l'aine.

Ce sont des cas analogues qui justifient l'opinion hardie de M. Thiriar, au Congrès de chirurgie de 1885, où il affirmait que l'ablation de la vésicule du fiel devait être pratiquée, dans tous les cas de cholélithiase qui avaient résisté au traitement médical.

« Lorsque tous les moyens thérapeutiques ont échoué, disait-il, lorsqu'il va se produire des accidents graves, cette intervention est très bien justifiée et je dirai même qu'il y aurait eu quelquefois de la négligence à ne pas y avoir recours, car la chirurgie apporte alors comme une suprême ressource. »

Il vaudrait infiniment mieux, cela va de soi, ne pas être obligé d'en venir à pareille extrémité, et, ce serait possible, en traitant les malades de bonne heure, dès l'apparition des symptômes manifestes de la lithiase. On les néglige trop souvent au début ; on les laisse persévérer dans leurs mauvaises habitudes hygiéniques, sans secouer leur inertie ou corriger leur régime. Il serait cependant facile, à ce moment, de balayer ces premiers dépôts, avant qu'ils aient eu le temps

de se développer et de régulariser la sécrétion biliaire.

A ce point de vue, les alcalins constituent une sorte de panacée et produisent des guérisons aussi rapides qu'inespérées. Qui peut le plus peut le moins, et, quand on voit des foies doublés de volume se réduire dans l'espace de quelques semaines, il n'est pas étonnant que la bile reprenne son cours normal, que le foie retrouve son intégrité, avec le même traitement. Tous les ouvrages classiques, tous les auteurs sont unanimes à reconnaître cette action bienfaisante.

L'essentiel est de se souvenir que les congestions du foie forment le point de départ des lésions de texture de cet organe et que la thérapeutique peut, en agissant de bonne heure, prétendre à un succès que plus tard elle chercherait en vain, ou du moins qu'elle n'obtiendrait que bien plus difficilement.

Dr Grellety (de Vichy).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association de la presse médicale.

Le *Conseil des Syndics* s'est préoccupé de procurer aux membres de l'Association la facilité d'assister aux séances de la *Chambre des députés,* dans lesquelles seront discutées les questions d'intérêt médical.

Il a reçu en réponse la lettre suivante, qui les renseignera sur ce qu'ils ont à faire pour être admis aux séances.

Paris, 4 mai 1890.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que MM. les Questeurs m'ont autorisé à mettre, suivant votre désir, à la disposition des membres de votre association médicale, quelques cartes pour les séances dans lesquelles seront discutées des *questions spéciales pouvant les intéresser.*

Ces cartes donneront accès dans les tribunes ordinaires, la questure s'étant interdit de placer des personnes dans les *tribunes de la presse* dont les billets sont distribués par les soins des divers syndicats agréés par elle.

Agréez, messieurs, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le secretaire général de la Questure.

Fromant.

—

L'Association a reçu de M. Durand-Tahier, secrétaire général de la *Société nationale des beaux-arts*, quelques cartes d'entrée à l'Exposition du Champ de Mars.

Elles sont à la disposition des membres qui voudront bien les demander 23, rue de Dunkerque.

—

Les pourparlers avec les Compagnies de chemin de fer pour obtenir, pour les rédacteurs des journaux associés, des cartes de circulation à moitié prix, sont engagées et en bonne voie.

Le Projet de loi sur l'assistance médicale.

Nous ne connaissons pas encore la teneur exacte du projet de loi sur l'assistance médicale gratuite dans les campagnes, puisque le dépôt n'en a pas encore été fait sur le bureau de la Chambre, mais on peut prévoir que ce projet ne s'écartera pas sensiblement du texte voté par le conseil supérieur de l'assistance publique. Nous croyons donc pouvoir dès maintenant l'étudier et consigner ici les observations qu'il nous peut suggérer.

Notre excellent confrère et ami le Dr Lardier, s'était déjà préoccupé de la situation qu'il créera aux médecins ; il avait même présenté au Conseil supérieur, dont il est membre, un amendement, portant qu'aucun médecin chargé du service de l'assistance ne pourrait être révoqué s'il n'avait manqué gravement à ses fonctions médicales. Il estimait avec juste raison que l'indépendance absolue du médecin devait être sauvegardée, puisque la société faisait appel à son dévouement et à son abnégation.

Cet amendement, malheureusement, ne pouvait être accepté du conseil supérieur qui, ayant laissé à chaque département le soin d'organiser le service dans ses détails, se serait contredit en édictant une mesure de ce genre. La question n'est pas enterrée pour cela, et comme notre confrère le faisait remarquer, il appartiendra aux syndicats médicaux d'intervenir près des Préfets lors de l'organisation, dans chaque département et de faire connaître les conditions auxquelles leur concours est subordonné.

Car, il ne faut pas l'oublier, le corps médical doit être admis à donner son opinion, puisqu'il donnera son temps et son intelligence, et que, sans lui, rien ne peut être fait.

Tout le monde trouve naturel que les conseils électifs qui voteront les fonds nécessaires aient voix au chapitre ; nous ne voyons pas pourquoi le médecin, qui, payant de sa personne, donnera plus que tous, ne serait pas consulté.

Le projet que nous connaissons fait intervenir la médecine avec voix consultative dans la confection de la liste des indigents par la commission administrative du Bureau d'assistance publique ; cela ne nous paraît pas suffisant.

Nous ne voyons pas pourquoi dans cette commission il n'aurait pas, lui aussi, voix délibérative, lui qui est le plus intéressé.

Bien plus, le médecin devrait avoir accès à la séance du conseil municipal où la liste définitive est arrêtée. Or la loi est muette à cet égard, ou plutôt elle écarte tout le monde, le conseil devant délibérer en comité secret.

Qu'arrivera-t-il dans la pratique ?

Le médecin, convoqué à la commission ne fera pas toujours prévaloir son avis ou bien n'obtiendra qu'une majorité peu importante pour ses propositions, car les autres membres seront toujours disposés à faire de la charité *et de la popularité* sur son dos.

Puis la liste sera soumise au Conseil municipal qui lui fera subir des modifications plus ou moins profondes, les conseillers ayant, eux aussi des misères à soulager et des intérets électoraux à soigner. Le médecin n'étant pas là pour éclairer le conseil, celui-ci accordera une inscription par ci, une radiation par là et la physionomie de la liste définitive pourra être tout autre que celle de la liste proposée. Les conseillers municipaux en seront quittes pour faire les fonds du service aux frais des contribuables ; mais le médecin, lui, devra son temps et sa peine pendant une année pour une rémunération que nous savons d'avance devoir être insuffisante.

Le médecin qui, nous le répétons, fera plus que tous, doit donner son avis avec voix délibérative.

Est-ce donc une chose si extraordinaire ? Depuis plusieurs années il en est ainsi dans un certain nombre de départements et nous ne sachons pas que les listes en soient plus mal dressées.... au contraire ! Ce n'est donc pas une innovation.

Mais, en revanche, c'est justice absolue, et, au point de vue pratique, c'est la meilleure des garanties.

Le médecin, mieux que personne, connaît les misères véritables : lui qui journellement va dans toutes les maisons, connaît le caractère des gens, il sait ceux qui carottent et ceux qui cachent leur dénûment ; il sait la gêne passagère qu'une maladie peut jeter dans une famille qui, à force d'ordre et d'économie, paraît se suffire à elle-même — lui seul émet un avis en pleine connaissance de cause.

A la rigueur, la confection de la liste pourrait lui être confiée, et on peut être certain qu'une telle liste offrirait toutes les garanties : son intérêt même ne le porterait-il pas à rayer quiconque peut payer ses frais de maladie et à inscrire quiconque est dans l'impossibilité de le faire ? Mais nous ne demandons pas tant pour lui ; il nous suffit de protester contre une exclusion dont il serait la seule victime, sans que personne en tire le moindre profit.

Le mal de toutes ces lois sociales dont on fait si grand bruit et qui, en réalité, donnent de si maigres résultats — nous ne citerons pas d'exemples, ils sautent aux yeux de tous — c'est qu'elles sont préparées et votées par des hommes qui ne connaissent rien des difficultés journalières que présentera leur application et qui, voyant les choses de haut, se figurent que tous les maires sont intelligents, tous les conseillers municipaux éclairés autant que désintéressés....etc... *De minimis non curat prœtor*, et les *minima* empêchent le fonctionnement de la machine si savamment organisée. Qu'on voie la loi de protection des enfants du premier âge, la loi sur l'enseignement primaire obligatoire ! — Mais ne sortons pas de notre terrain.

Nous allons émettre une idée absolument subversive :

Lorsqu'on parle de traités de commerce, on consulte les chambres spéciales ; s'il s'agit de législation minière, les mineurs sont entendus ; il n'est pas jusqu'aux marchands de vin qui ne soient admis à présenter leurs observations quand on veut non empêcher, hélas ! mais réglementer le mouillage, le platrâge, le vinage et autres sophistications que le vin ne saurait actuellement éviter — pourquoi, s'il s'agit d'une loi d'assistance publique, le corps médical ne serait-il pas consulté ?

Nous ne devons pas nous attendre à ce que la loi soit soumise à l'appréciation de nos syndicats : mais pourquoi ceux-ci, examinant cette loi avec toute l'attention nécessaire, ne formuleraient-ils pas leurs observations ? pourquoi ne feraient ils pas présenter ces observations par des délégués spéciaux à la commission parlementaire qui sera chargée d'examiner le projet de loi ?

Il ne s'agit pas de faire préparer une étude par un conseil général d'une association générale dont les membres ne seraient pas plus compétents que les hommes dont nous parlions tout à l'heure. C'est aux praticiens que nous nous adressons, à ceux qui, demain, seront chargés de ce service qu'on veut créer et en subiront toutes les difficultés : qu'ils se réveillent, qu'ils se réunissent, qu'ils travaillent, qu'ils fassent œuvre d'initiative !

S'ils se laissent acculer devant le fait accompli, ils sont perdus, et leurs récriminations vaudront juste ce qu'ont valu toutes les plaintes qu'ils font entendre depuis un demi-siècle.

Dr A. Gassot.

Les officiers de santé.

Nous empruntons à la *Normandie Médicale* l'article ci-dessous. Nous faisons remarquer à son auteur qu'on ne supprime pas les officiers de santé. On n'en fera plus ; ce qui est bien différent ! Nous croyons que les docteurs en médecine suffiront au recrutement médical. Alors nous regrettons comme lui les conséquences de la disparition d'un certain nombre d'écoles. La centralisation ne nous plait pas, et il faudra aviser. A. C.

Monsieur le Rédacteur,

....

Il paraît qu'on veut nous supprimer ! Pourquoi ? — S'élève-t-il un tollé général contre nous dans les centres de population où nous exerçons la médecine ? Chaque village est-il prêt à chasser son médecin, dont l'ignorance l'écœure ? — Non. — N'en déplaise à Gustave Flaubert, nous sommes toujours parmi les principaux du pays. Je puis même dire que nous jouissons de la considération générale. Le villageois, derrière ses vitres, aime à signaler notre voiture quand elle passe l'hiver sur la route déserte, et on nous plaint, de grand cœur, je vous l'assure, d'être obligés de marcher quand même dans la neige. Serait-ce par pitié pour nous qu'on voudrait nous supprimer ? Serait-ce pour nous garantir, malgré nous, contre l'ingratitude des clients ? — Mais nous gagnons notre vie comme tous les autres médecins quand ils sont honorables : on a besoin de nous ! La preuve, c'est qu'on nous « honore », obéissant au précepte célèbre de la Bible : *Honora medicum propter necessitatem*.

Eh bien ! quoiqu'on ait besoin de nous, on nous supprime : sauf meilleur avis, je crois qu'on a tort.

En nous supprimant, on va ouvrir la campagne à tous les rebouteurs, empiriques et charlatans : autant de corbeaux qui vont s'abattre sur la place, car il ne faut pas croire que vos docteurs vont venir à la campagne au moment où nos campagnes sont désertées chaque jour pour les villes. Admettons que l'officier de santé n'est pas un savant, il a tout au moins appris au contact de ses maîtres le fameux précepte d'Hippocrate (notre maître à tous) : « d'abord ne pas nuire », et vous ne savez pas les choses dont est capable le rebouteur que vous allez mettre à notre place. Il ne craint rien, le rebouteur, pas même la loi qui est douce pour lui. Ah ! la partie va lui être belle ! Mais, est-il vrai que nous soyons de si mauvais praticiens ? Leudet, qui s'y connaissait, disait souvent que le praticien français était au-dessus de son confrère étranger, grâce à son bon sens ; pourquoi veut-on qu'un officier de santé n'ait pas autant de bon sens qu'un docteur ? Est-ce que vous croyez sérieusement que le premier docteur venu, celui qui a fait des études rapides (et la nouvelle loi militaire fera faire des

études à toute vitesse) soit bien au-dessus d'un officier de santé ? Il a passé plus d'examens que nous, c'est vrai, mais, pour moi, je n'ai jamais cru que les examens aient prouvé grand'chose. Jo puis me tromper ; cependant un savant médecin a dit : « La capacité, le savoir et la sagesse, qui vont si rarement ensemble, se rencontrent parfois au village, et il est tel petit médecin dont les visites sont payées quinze sous par le paysan avare, qui en remontrerait sur nombre de points à ces sommités, comme on dit ridiculement, dont la sottiso nobiliaire et la vanité bourgeoise entretiennent l'ostentation et le faste. » Vous me pardonnerez, mais j'approuve cela.

Le Gouvernement et M. Brouardel nous ont d'abord défendus, et nous respirions. Maintenant, ils nous abandonnent. Pourquoi ? — Je ne sais pas. Mais ce que je sais, c'est que nous sommes perdus.

En nous supprimant, on va faire disparaître plus ou moins rapidement certaines Ecoles de médecine, on va détruire des centres scientifiques où l'activité médicale était plus grande qu'on ne le croit à Paris.

Dans le monde entier, on fait de grands efforts pour multiplier les écoles et empêcher les capitales de tout absorber : dans la France démocratique, c'est le contraire.

Il y a 20 ans, quand un nouvel état de choses politiques remplaça l'ancien, tout le monde parlait de décentralisation. Depuis 20 ans, le nouveau régime, suivant la marche de l'ancien, centralise de plus en plus. Paris veut dévorer les grandes villes, les grandes villes veulent dévorer les campagnes. Nous avons cependant des députés, nous aussi.

Je voudrais leur dire que nous tenons à nos Ecoles comme les docteurs tiennent aux leurs.

L'Ecole de Rouen est de celles qui resteront, je l'espère bien, parce que une grande ville comme Rouen lui fournit des éléments de vie par les maîtres et les élèves qu'elle attire ; mais il y en a d'autres qui tomberont. A mon avis, ce sera malheureux pour le bien commun.

Décidément, on veut que Paris et le quartier Latin absorbent les étudiants, que des raisons spéciales retenaient encore en province. Et cependant, il n'est pas besoin de rester longtemps dans la capitale pour voir de quelle pléthore souffrent les services d'hôpitaux et les laboratoires de l'Ecole pratique. Il est vrai qu'aux cours de la Faculté il ne vient personne.

A l'hôpital, l'interne et les externes peuvent suivre la visite en voyant et touchant les malades, mais les autres élèves, que deviennent-ils ? Le manteau sur le dos, le chapeau sous le bras gauche, le parapluie sous le bras droit, ils suivent la visite de loin, à 3 ou 4 mètres du malade. Ceux qui sont hardis retiennent leur place trois ou quatre lits d'avance ; ceux qui sont timides ne reviennent plus à l'hôpital. Quoique simple médecin, j'ai appris ma clinique encore mieux qu'eux.

On m'a dit qu'à l'Ecole pratique il fallait attendre son tour pour avoir une place et un fragment de membre à disséquer ; dans les laboratoires, on apprend l'anatomie pathologique au tableau. Les élèves officiers de santé font des autopsies en province.

La centralisation ne me paraît pas bonne pour les élèves. Elle est aussi mauvaise pour les maîtres. J'ai vu dans mon journal que trois places étaient au concours pour le Bureau central. Et combien sont-ils de candidats ? — Soixante-huit ! Il faut les plaindre tout en admirant leur courage. Quelques-uns pourraient avoir l'idée de concourir pour la province. Là ils auraient des éléments de travail que Paris ne leur donne qu'après plusieurs années d'attente, quand il les donne ; mais en supprimant les officiers de santé, vous allez diminuer le nombre des Ecoles de province, vous allez fermer des débouchés aux jeunes savants.

Et voilà comment la question des officiers de santé peut finalement toucher les candidats au Bureau central de Paris ! On ne l'aurait pas cru tout d'abord.

J'ai fini. Je dirai cependant encore quelque chose. Paris veut toujours centraliser ; et pourtant, malgré Paris, il y a une décentralisation qui se fait : celle des consultations. M'est avis que plus nous irons, plus la province se suffira à elle-même: Docteur ou officier de santé, le médecin de province n'appelle plus Paris comme autrefois : c'est peut-être bien pour cela que Paris veut nous forcer à venir chez lui.

(*Normandie médicale.*)

Jurisprudence médicale belge. — Honoraires

(Dr Van... contre Sc...)

« Attendu, etc.

« Quant aux 310 francs réclamés pour soins « donnés à la comtesse de B... :

« Attendu qu'il est établi au procès et qu'il n'est « du reste pas contesté que le demandeur a donné « ses soins à Mme de B... pendant que celle-ci « était logée comme invitée dans la maison du « défendeur ;

« Attendu que le demandeur était le médecin « habituel du défendeur et de sa famille ; que « c'est ce dernier qui l'a fait appeler pour soigner « la comtesse de B..., qui ne connaissait pas le « demandeur ;

« Attendu que cette personne est une étrangère « entièrement inconnue du Dr Van... ;

« Attendu que, si le demandeur a fourni au dé- « fendeur un compte spécial des honoraires dus « par la comtesse de B..., c'est à la demande du « défendeur, afin de mettre celui-ci à même de « réclamer le paiement à la susdite comtesse ;

« Attendu que, dans ces circonstances, l'étran- « gère qui vient passer quelque temps dans la « demeure d'un client est, à juste titre, considé- « rée par le médecin comme faisant partie de la « maison ; que, si donc ce médecin a consenti à « donner ses soins à cette étrangère, c'est évi- « demment en considération du maître de la mai- « son, qui l'a fait appeler ;

« Attendu qu'il s'ensuit que le défendeur est « tenu de payer les honoraires réclamés, sauf son « recours contre la comtesse de B...

« Par ces motifs, le Tribunal condamne..... »

Il résulte de ce jugement que, *lorsqu'un client habituel d'un médecin a fait appeler celui-ci pour soigner un étranger que le médecin ne connaissait pas et qui était logé comme invité dans la maison du client, celui-ci est tenu de payer les honoraires, sauf son recours contre l'étranger.*

Dr St.

(*Archives de méd. et de chir. pratiques.*)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Corbeil.

La réunion générale annuelle du Syndicat a eu lieu le 27 février 1890, au café Vianey, avenue Ledru Rollin, à Paris.

Etaient présents : MM. les Drs Cherrières, Ladmiral, Maugenest, Pépin, Bernard, Lapleize, Casset, Courbet, Handjian, Sauvaget, Lanné, président, Ladroitte, vice-président, et Giraud, secrétaire.

Excusés : MM. Boucher, Surbled, Crouzet.

Le Président ouvre la séance à 5 heures et remercie ses confrères de lui avoir facilité sa tâche pendant l'année parcourue.

Sont admis comme membres nouveaux : MM. Sauvaget, de Brétigny, et Parat, de Ballancourt.

La démission de M. Celle, de Moissy-Cramayel (Seine-et-Marne), qui habite hors du département, est acceptée. Le syndicat déplore la perte du docteur Morin, de Ballancourt, récemment décédé et apprend que le docteur Lorion a quitté Brétigny pour se fixer à Paris.

La diminution du taux de la cotisation est proposée et rejetée. L'entretien d'un fonds de réserve paraît indispensable à l'assemblée pour secourir un confrère dans l'infortune ou l'aider dans une de ces affaires d'un intérêt général, dont les récents événements de Rodez-Marsillac nous ont donné l'exemple encourageant. La cotisation restera donc fixée à 10 francs par an.

L'ordre du jour appelle les questions des honoraires des médecins légistes.

Monsieur le Ministre de la justice ayant demandé leurs avis à toutes les associations et syndicats médicaux, nous proposons :

1° Que les prix suivants soient adoptés :

Simple visite après réquisition..........	6 fr.
Rapport..............................	10 fr.
Autopsie d'un nouveau-né ou d'un adulte dans les trois jours qui suivent la mort..............................	50 fr.
Autopsie après exhumation, ou faite plus de trois jours après la mort...........	100 fr.

2° Que pour les expertises prolongées le travail soit évalué par vacations ayant chacune une durée de deux heures, et rémunérées au prix de dix francs l'heure ; et qu'il soit alloué pour une journée 5 vacations.

3° Que l'indemnité de déplacement soit évaluée à 1 franc par kilomètre parcouru et l'indemnité de séjour à 20 francs par jour.

4° Que les prix des visites et déplacements soient portés en double pendant la nuit.

5° Qu'appelés devant les tribunaux, lors de la discussion des affaires dans lesquelles ils ont servi d'experts, les médecins reçoivent une indemnité de 50 francs.

6° Que le tarif soit uniforme sur toute la surface du territoire sans tenir compte du chiffre de la population de la ville où a lieu l'expertise.

7° Que les frais de fourniture restent à la charge de la justice.

Monsieur le Président est chargé de transmettre la présente délibération à Monsieur le Procureur de la République de notre arrondissement.

Plusieurs confrères, s'étant plaint de n'avoir rien touché, depuis plus de deux ans, de leurs honoraires pour le service de l'inspection des enfants en nourrice et se demandant à bon droit ce que devient la somme inscrite au budget pour cet usage, demandent qu'une plainte soit adressée à ce sujet à Monsieur le Préfet. Monsieur le Président est chargé de ce soin et insistera au besoin auprès de chaque médecin inspecteur individuellement pour qu'il donne sa démission motivée.

Il est toujours entendu que chaque médecin inspecteur refusera de s'astreindre à l'envoi des petits bulletins contenus dans le carnet à souche de l'administration et se bornera à consigner sa visite sur le livret de la nourrice en même temps que ses observations. Il ne doit transmettre celle-ci au maire et au préfet que s'il le juge nécessaire.

Notre confrère le Dr de Fournestraux (de Trappes) nous demande par lettre d'aider de toutes nos forces à la reconstitution de l'union des Syndicats de Seine-et-Oise, menacée de dissolution. Nous nous empressons d'accueillir sa demande, considérant qu'il y a un intérêt capital à ce qu'un lien étroit unisse les différents syndicats de Seine-et-Oise, tout en laissant à chacun d'eux en particulier sa plus grande liberté d'action.

Cette réponse sera adressée à M. de Fourmestraux par les soins de notre Président.

Au cours de la séance a été réglé, à la satisfaction des deux parties, un différend survenu entre deux de nos confrères syndiqués. Le bureau a été renouvelé de la façon suivante :

Le Dr Ladmiral est élu président, le Dr Ladroitte est maintenu dans ses fonctions de vice-président. Le Dr Sauvaget remplace le Dr Giraud dans celles de secrétaire-trésorier.

Le secrétaire sortant,
Dr GIRAUD.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance trimestrielle du 2 mai 1890.

Présidence de M. le docteur PORSON.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Dehillotte, Guénel, Landais, Valentin, Chauvet, Ollive, Chachereau, Gaboriaud, Samson, Vince, Bellouard, Hardy, Pérochaud, Crimail, Gérard, Charrier, Plantard, Grimaud, Luneau, Blaizot, Patoureau, Toché.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. le Président fait remarquer que l'opinion émise par plusieurs membres à propos de la condamnation de la sage-femme Cornou, de Lorient, peut être approuvée en thèse générale, mais que dans le cas particulier, la sage-femme ayant été prévenue par des médecins, sa culpabilité était évidente et le tribunal devait la punir. Il a entre les mains le jugement rendu en cette circonstance, et en fait la lecture.

M. Ollive est de l'avis de M. le Président ; il voudrait que, pour éviter les accidents tels que

ceux qui se sont produits, on rédigeât une instruction destinée à éclairer et à diriger les sages-femmes dans la conduite à tenir en face d'un accouchement, comme cela s'est fait du reste en Allemagne. Voici le vœu qu'il soumet à l'approbation du syndicat :

« L'Association syndicale des médecins de la « Loire-Inférieure émet le vœu suivant : L'Aca« démie de Médecine ou le Conseil central d'Hy« giène de France publiera une instruction rela« tive à la pratique des accouchements. Cette « instruction devra être envoyée à toutes les sa« ges-femmes de France. »

Ce vœu est adopté par 23 voix contre une.

Le Bureau s'en occupera et donnera, à la prochaine séance, son avis sur la voie à suivre pour le faire parvenir à qui de droit.

Le Secrétaire général donne le résultat du travail de la Commission chargée de reviser le tarif des honoraires médicaux du syndicat. A part quelques modifications sans importance et quelques petites additions, ce tarif revisé est adopté à l'unanimité. (Voir plus loin.)

M. Ollive consulte l'Association sur cette question qui lui a été posée par le Procureur de la République :

« Le fait pour un bandagiste d'appliquer un « pessaire constitue-t-il un cas d'exercice illégal « de la médecine ? »

L'opinion générale est que, outre l'immoralité qu'il y a à voir *un* bandagiste appliquer un pessaire, il y a aussi exercice illégal de la Médecine.

M. le docteur Méloche, de Saint-Nazaire, et M. de la Rochefordière, de Belligné, demandent à faire partie de l'Association. Ils sont admis tous deux à l'unanimité.

La question des certificats pour les compagnies d'assurances et des formalités exigées à ce sujet par la loi est renvoyée à la prochaine fois.

La séance, commencée à 4 h. 1/4, est levée à 5 h. 1/2.

Le Secrétaire des séances,
Dr Toché.

Honoraires Médicaux pour la Ville de Nantes

A. — Consultations dans le Cabinet.

Consultation simple..........fr.	10	5	3	2
Consultation écrite et lettre médicale	25	20	10	5
Certificat de l'état-civil et certificat de vaccine	15	10	5	3
Certificat judiciaire et pour exemption de service militaire	25	20	10	5

B. — Visites à domicile dans la Ville.

Visite simple	10	5	3	2
Visite demandée d'urgence ou à heure fixe	20	10	6	3
Visite en consultation (aussi bien pour le médecin de la maison que pour les consultants)	25	20	10	6
Visite de nuit	25	20	10	6
Visite en consultation pendant la nuit	50	30	20	10
Constatation de décès	25	20	10	5

C. — Visites hors la Ville.

Par kilomètre (la visite en sus)	5	4	3	2

D. — Opérations usuelles de petite Chirurgie.

Saignées, cautérisations, ventouses, vaccinations, injections sous-cutanées, etc	20	10	6	3
Ouverture d'abcès	40	20	10	5
Examens spéciaux, spéculum, laryngoscope, ophtalmoscope, etc	25	20	10	5
Analyse sommaire d'urines	20	10	6	3
Cathétérismes divers simples et lavages intra-utérins, etc	25	20	10	5
Cathétérismes répétés dans le cours d'un traitement	20	10	6	3
Faradisation	20	10	6	3
Electrolyse	40	20	10	5

E. — Opérations chirurgicales usuelles.

Réduction d'une hernie	200	100	60	25
Ponction d'une ascite	100	80	50	25
Ponction d'une hydrocèle	300	200	100	50
Réduction d'une luxation	500	250	100	50
Réduction et appareil de fracture	300	200	100	50
Accouchement simple, sans manœuvre ou opération obstétricale (les visites consécutives sont payées en sus)	500	250	100	50

F. — Recherches de Laboratoire.

Analyse d'urines. Examen bactériologique et Examen microscopique	40	20	10	5

CORRESPONDANCE

Traitement de la diphthérie.

Monsieur le Directeur du *Concours*.

Depuis 6 ans, je me sers, avec un succès constant, pour le croup, d'une poudre composée de

Fleur de soufre	2 gr.
Tannin	1 gr.50
Chlorate de potasse	2 gr.

Mêlez pour insufflation en ayant soin de mêler les deux premières d'abord, crainte du mélange détonant. Ce mélange nauséeux a, de plus, l'avantage de faire vomir. Vous avez bien voulu, il y a plus d'un an, parler de ce mélange et de ce traitement, dans un de vos numéros du *Concours ;* vous avez même ajouté comme traitement de l'angine couenneuse la mixture de :

Teinture de ratanhia	5 gr.
— de benjoin	3 gr.
— d'aloës	2 gr.

On a fait récemment grand bruit d'un traitement qui guérirait, en faisant boire une cuillerée à bouche de fleur de soufre, dans un verre d'eau, en donnant ceci par cuillerée à café ; je me permets de vous demander si vous voulez bien parler de nouveau de mon système.

Boire le soufre me semble moins logique, moins physiologique surtout, que le recevoir par insufflation sur les muqueuses. Il me semble que le rêve serait de combiner les deux systèmes.

Dr H. Osiecki (de Meaux).

Il y a 4 à 5 mois, j'ai adressé mon traitement à l'Académie, en vue du prix Victor Saint-Paul.

REPORTAGE MÉDICAL

La décision prise il y a déjà deux mois, par la majorité de l'Association de la presse médicale de conseiller d'assister au Congrès de Berlin, répond aux critiques que divers journaux étrangers avaient adressées aux médecins français. On les blâmait d'une abstention qu'on leur prêtait gratuitement.

Aux termes d'une communication de M. de Freycinet, président du conseil et ministre de la guerre en France, le service sanitaire de l'armée française déléguera, pour assister au congrès international de médecine qui se tiendra au mois d'août à Berlin :

1° M. Kelch, médecin principal de 1re classe, professeur de l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire ; 2° M. Régnier, médecin principal de 2e classe, chef de l'hôpital militaire de Nancy ; 3° M. Schneider, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre ; 4° M. Nimier, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire. La *Gazette de l'Allemagne du Nord* donne aux délégués français l'assurance qu'ils seront reçus à Berlin de la manière la plus cordiale.

— D'une statistique récente il ressortirait que la *mortalité des médecins anglais* est de 20.3 par 1000. Elle ne diffère pas sensiblement de celle que nous avons constatée parmi les membres du *Concours médical*.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Cours de thérapeutique hydro-minérale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur, in-8° de 128 pages. Prix : 3 fr. Memento pratique à l'usage du médecin.

Le Congrès international de Zoologie tenu à Paris en 1889 vient de paraître. C'est un magnifique volume in-8° de 500 pages avec de très belles planches. Prix : 20 fr., remise de 20 %. Tout médecin adonné aux sciences naturelles doit mettre ce volume dans sa bibliothèque.

PARU : *Manuel du Candidat* aux divers grades et emplois de *Médecin* et *pharmacien* de la réserve et de l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur, *rédigé conformément aux programmes ministériels*, avec un résumé d'hygiène, de médecine, d'épidémiologie, de chirurgie militaire et de la simulation dans l'armée, gros in-18 jésus de 600 pages environ avec gravures et plans. Prix : 5 fr. Remise de 20 % pour MM. les membres du Concours médical. Adresser 4 fr. 60 pour recevoir franco.

Cours de médecine à l'usage des gardes-malades, des infirmières et des gens du monde, par le Dr Horand, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon. Un fort vol. in-18 avec gravures, de 475 pages. Prix : 4 fr. 20 % de remise.

La photographie de l'amateur débutant (troisième mille), édition augmentée : « Nous voulons que l'amateur le plus ignorant de la physique, après quelques instants employés à lire ces pages et l'acquisition peu onéreuse du matériel indispensable, puisse aborder la pratique et arriver d'emblée à des résultats encourageants qui l'auront vite enthousiasmé, » dit l'auteur dans sa préface. Prix : 1 fr. 25. Adresser en un mandat pour recevoir franco.

Le Dr Villard, professeur de clinique, vient de publier : des *Leçons cliniques sur la grippe*, à propos de l'épidémie de 1889 et 1890, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Voici quelles sont ses conclusions :

La maladie qui vient de parcourir l'Europe n'est autre que la grippe.

Légère dans l'immense majorité des cas, elle présente parfois des caractères qui la rendent grave et capable d'entraîner la mort.

Jusqu'à plus ample informé, il y a lieu de considérer la grippe comme identique à la dengue.

La grippe n'aime pas la pneumonie, mais la pneumonie aime la grippe.

Quel que soit l'âge des sujets, enfants, adultes ou vieillards, l'aspect général de la maladie est toujours le même dans ses diverses manifestations, nerveuses, catarrhales et gastro-intestinales.

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires (professées à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris), par le Dr Lavaux, ancien interne des hôpitaux, t. II. In-8°, 564 p.

Ce deuxième volume, qui, comprend 22 leçons, est consacré à l'étude des affections de la prostate et de la vessie. L'auteur a surtout décrit avec beaucoup de soin l'hypertrophie de la prostate, les abcès prostatiques, la cystite, la cystalgie, les calculs vésicaux, les ruptures de la vessie et les néoplasmes vésicaux.

La cystite a été l'objet d'une étude très complète.

L'histoire clinique de cette maladie si fréquente occupe plus de 200 pages. M. Lavaux a su éviter cependant les redites inutiles en se bornant à une description générale de l'inflammation de la vessie. Mais il a eu soin d'indiquer, chemin faisant, les particularités qui caractérisent chacune des principales variétés que présente la cystite.

Dans ce deuxième volume, comme dans le premier, la thérapeutique tient une large place. Nous avons déjà dit que ce sont les progrès qu'il a réalisés dans le traitement des affections des voies urinaires qui ont décidé M. Lavaux à publier un ouvrage complet sur cette partie importante de la chirurgie.

L'*antisepsie directe* des voies urinaires et l'*anesthésie locale* de la muqueuse uréthro-vésicale ont tellement modifié le traitement des maladies des voies urinaires que les ouvrages les plus récents sont loin d'être au courant de la science. C'est donc une thérapeutique toute nouvelle que l'on trouve dans l'ouvrage du Dr Lavaux. Cet auteur rend un très grand service aux praticiens en vulgarisant les moyens si simples à l'aide desquels il obtient aujourd'hui la guérison ou l'amélioration rapide des maladies des voies urinaires que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique. On peut presque dire qu'il a fait passer du domaine de la spécialité dans celui de la médecine générale le traitement des cystites les plus graves.

Les tumeurs de la vessie et les calculs vésicaux ont aujourd'hui un traitement palliatif que tout médecin doit connaître. Quant au traitement de l'hypertrophie de la prostate, il présente quelques particularités très importantes sur lesquelles l'auteur a longuement insisté. On sait que chez certains prostatiques le cathétérisme peut être suivi d'accidents foudroyants. M. Lavaux a montré dès 1887 quelle est la véritable cause de cette mort rapide et quelles sont les précautions qu'il faut prendre pour éviter de pareils malheurs. Il cite à ce propos des observations absolument touchantes.

En résumé, il s'agit d'un ouvrage qu'aucun praticien ne regrettera de s'être procuré.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 24 | 14 Juin 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

La prophylaxie des maladies contagieuses par l'antisepsie médicale.

M. le professeur *Grancher* a lu à l'Académie, une communication du plus haut intérêt sur les résultats obtenus dans son service de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades par les mesures prophylactiques qu'il y a inaugurées depuis dix-huit mois.

La prophylaxie des maladies contagieuses est une des questions les plus importantes de la médecine contemporaine. Pour réaliser cette prophylaxie, nous avons deux moyens : l'isolement et l'antisepsie.

En chirurgie et en obstétrique, l'antisepsie semble suffire ; le problème est, en effet, relativement simple, puisqu'il se réduit à la protection d'une plaie. En médecine, où la question est beaucoup plus complexe, l'isolement a été, jusqu'ici, l'arme préférée des médecins et des administrations.

Mais il y a isolement et isolement, et on s'est bien vite aperçu que les pavillons de diphthérie et de rougeole, dans nos hôpitaux d'enfants, ne rendaient pas les services qu'on en attendait. A l'hôpital des Enfants-Malades, par exemple, la contagion de la diphthérie et de la rougeole dans les salles communes n'a pas diminué après la création, en 1882 et 1886, des services spéciaux de rougeole et de diphthérie. Assurément, le nombre des cas extérieurs a diminué dans les salles générales, puisque la plupart des malades sont envoyés directement, par la consultation, à leur pavillon spécial. Mais les erreurs sont encore assez nombreuses pour que les germes de ces deux maladies entretiennent, dans les services communs, le même taux de morbidité et de mortalité, par le fait de la contagion.

La lutte contre les maladies contagieuses par la méthode de l'isolement n'a donc pas encore trouvé, tant s'en faut, sa formule définitive, et, en attendant que cette formule administrative de l'hygiène et de la prophylaxie soit trouvée et appliquée, M. Grancher a pensé que l'antisepsie médicale pourrait rendre des services.

L'antisepsie, d'ailleurs, est le complément obligé, nécessaire de l'isolement. Non seulement celui-ci ne supprimera jamais toutes les contagions, mais, sans antisepsie, il deviendra une nouvelle source de dangers. Par exemple, le pavillon des suspects, où, dans des chambres à un lit, mais attenantes, attendront les échantillons les plus variés des maladies contagieuses, deviendra un foyer de contagion si les services médical et hospitalier ne sont pas antiseptiques, car il ne saurait être pratique de donner un médecin et une infirmière à chaque malade. Si déjà, dans la salle des diphthéritiques, on voit assez souvent un enfant, entré là par erreur, y prendre la diphthérie qu'il n'avait pas, parce que les mesures d'antisepsie n'y sont pas rigoureuses, qu'arrivera-t-il dans ce pavillon des suspects, où la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, la diphthérie, etc., seront soignées par les mêmes mains ?

Enfin, l'isolement, c'est-à-dire l'accumulation sur un même point de la même maladie, multipliera les infections secondaires ou complications de cette maladie. Dans les salles de rubéoleux, la broncho-pneumonie, les otites, la diphthérie sévissent en permanence et sont les véritables dangers de la rougeole. On a même vu réapparaître, dans ces salles, le noma, que les étudiants d'aujourd'hui ne devraient plus connaître ! Pourquoi ? Parce que l'aménagement de ces salles est défectueux et qu'il y a encombrement ? Soit ! Mais aussi parce que rien n'est disposé ni préparé pour l'antisepsie.

Enfin, il se pourrait que les résultats donnés par l'antisepsie seule, dans les salles communes, nous apprissent quelque chose sur le mode de l'isolement qui convient le mieux à telle ou telle de nos maladies contagieuses, et que telle grosse dépense, considérée aujourd'hui comme urgente, fût désormais reconnue inutile.

Fort de ces convictions, M. Grancher écrivit,

au mois de juin 1888, à M. Peyron, le zélé directeur de l'Assistance publique, une lettre-programme, où il proposait, pour son service, un plan de réformes.

En réalité, il n'a demandé que trois choses nouvelles et peu coûteuses : des paravents en toile métallique, des paniers en fil de laiton et une infirmière supplémentaire par salle.

Le paravent, de 1 mètre 20 de hauteur, est composé de feuilles mobiles l'une sur l'autre, comme les paravents de nos cheminées. Mis en place, il isole dans la salle commune le lit de l'enfant diphthéritique ou rubéoleux, pendant le temps de son séjour nécessaire au diagnostic. Le paravent a pour objet de supprimer tous les contacts de l'enfant suspect avec les autres enfants de la salle, et de réduire au minimum les contacts avec le personnel hospitalier ou médical. La première feuille du paravent, fixée au mur par un crochet, sert de porte d'entrée pour tous les besoins du service. Une remarque intéressante : l'enfant mis en box ou en quarantaine ne souffre pas de son isolement, car les mailles de la toile métallique sont assez larges pour ne pas gêner sa vue.

Le panier en fil de laiton a pour but de faciliter la désinfection de tous les objets qui ont servi au repas de l'enfant. Divisé en compartiments *ad hoc*, il contient l'assiette, la timbale, le couvert et la serviette de l'enfant. Au moment du repas, l'infirmière, chargée de ce soin, étend sur le lit une toile en caoutchouc, apporte de l'office le panier tout garni, et le repas achevé, le rapporte à l'office et le plonge avec tout son contenu et la toile en caoutchouc, dans une chaudière d'eau bouillante.

L'infirmière supplémentaire a la charge de tous les box. Elle seule doit aborder les enfants mis en quarantaine et leur donner ses soins. Elle doit, après chaque contact avec un enfant suspect, se laver les mains au sublimé et changer de tablier. Elle doit surtout ne toucher à aucun autre enfant.

Voici maintenant, pour la rougeole et la diphthérie, les résultats qui ont été obtenus du 1er janvier au 31 décembre 1889, à la clinique des Enfants-Malades.

En 1885, il y avait eu dans ce service 37 cas de contagion ou cas intérieurs. En 1886, 39 cas ; en 1887, 34 cas.

En 1889, il y a eu 25 cas. C'est encore beaucoup trop et l'écart des chiffres précédents est trop faible pour qu'on doive s'en féliciter beaucoup. M. Grancher aime mieux reconnaître que l'essai a échoué pour la rougeole d'autant que le nombre des cas intérieurs de rougeole, pour tout l'hôpital, a été de 176 ainsi répartis par services : 25 (service de la clinique), 38, 33, 19, 20, 41. Il y a donc des services où, sans mesures spéciales d'antisepsie, le nombre des cas de contagion de rougeole a été plus faible que dans le service de la clinique.

Cet échec, en ce qui concerne la rougeole, tient surtout à ce fait, presque constant, que la contagion de cette maladie se fait avant qu'elle soit reconnue ou même soupçonnée. De sorte que les mesures de défense : isolement dans les box et désinfection arrivent trop tard. Déjà deux ou trois enfants sont contaminés, et ceux-ci sèmeront à leur tour la contagion. En outre, quelques fautes ont été commises, que le professeur a relevées par une étude attentive des circonstances et des voies de la contagion.

Il résulte de cette étude que la rougeole ne frappe pas, tant s'en faut, dans une salle d'hôpital, tous les enfants susceptibles de la prendre ; au contraire, le plus grand nombre des enfants ne sont pas contagionnés. La raison de ce fait nous échappe si on accepte que l'atmosphère a servi de véhicule aux germes rubéoleux, car le chemin suivi par ces germes est des plus capricieux, des plus incohérents. Quelquefois, il est vrai, le lit le plus voisin du malade est frappé, mais beaucoup plus souvent il est indemne, et ce sont les lits placés à l'autre extrémité de la salle ou sur un point quelconque de la même rangée ou de la rangée opposée, à 10, 15, 20 mètres même du foyer de la contagion, qui sont atteints. De plus, de deux lits voisins adossés à une demi-cloison, un seul est touché et c'est le plus éloigné du rubéoleux.

Le hasard semble donc présider à cette distribution des germes de la rougeole, à moins qu'on n'accepte l'idée d'un transport matériel par les mains ou les objets. Mais le plus souvent, l'enquête sur

FEUILLETON

Le patriotisme et l'art de formuler.

Chaque fois qu'il en a l'occasion, le docteur Dujardin-Beaumetz se fait le défenseur des produits pharmaceutiques français et recommande à ses élèves de les prescrire de préférence aux préparations étrangères, dont nous sommes littéralement envahis depuis quelque temps. — Nouveau Pierre l'Ermite, il a donné le signal d'une croisade salutaire, qui pourrait être féconde en résultats, si elle rencontrait de nombreux adeptes. C'est ce qui me décide à me faire l'écho du maître sympathique, dont l'activité infatigable est acquise à toutes les réformes utiles, à toutes les améliorations, à tous les progrès.

Puisqu'on nous attaque et qu'on nous dénigre de partout, puisqu'on prétend que la France est en train de descendre, au-dessous de zéro, qu'on cherche à nous isoler à nous ruiner, eh morbleu, défendons-nous, soutenons-nous, laissons vibrer cette fibre chauvine qui a jadis enfanté tant d'héroïsme et qu'on ne touche jamais en vain. Il n'y a pas de petites choses, pas d'intérêts mesquins, lorsqu'il s'agit de l'avenir même de notre patrie, que les hommes au casque pointu voudraient supprimer du rang des nations civilisées.

Bien entendu, l'intérêt des malades doit tout primer ; mais à perfection égale et surtout lorsque le médicament étranger est imparfait, il n'y a pas à hésiter : nous devons donner la préférence aux alcaloïdes français.

Pour n'en citer qu'un exemple, voici qu'il a été démontré que la plus grande quantité de la digitaline qui se trouve actuellement dans les pharmacies, de même que celle qui est délivrée dans les hôpitaux, est de la digitaline allemande, c'est-à-dire de la digitaléine, soluble dans l'eau et complètement insoluble dans le chloroforme, corps quinze à vingt fois moins actif que le produit indiqué par le Codex. C'est là certainement un inconvénient grave, qu'il me paraît nécessaire de mettre en évidence et qui nous oblige à

les contacts directs ou indirects, subis par les enfants contagionnés, a été stérile. Deux fois seulement on a relevé les causes immédiates de la contagion et ce qui semble en résulter, c'est que la rougeole, comme la diphthérie et tant d'autres maladies, se transmet sûrement par les mains ou les vêtements contaminés d'une tierce personne, et que, si l'atmosphère contient exceptionnellement les germes rubéoleux, ceux-ci ne forment pas autour du malade une atmosphère ambiante dangereuse.

Pour la diphthérie, le résultat a été beaucoup plus heureux, sans doute parce que la fausse membrane, seul agent de contagion, est visible de bonne heure, et que la prophylaxie peut intervenir en temps opportun.

D'après la statistique officielle le nombre des cas intérieurs de diphthérie, c'est-à-dire des cas survenus dans les salles communes ou au pavillon des rougeoles, par le fait de la contagion, s'élève, pour tout l'hôpital et pour l'année 1889, à 153 ; 53 sont venus de la rougeole et les 100 autres des six services de médecine et de chirurgie. Ils sont ainsi répartis par service : 20, 26, 11, 15, 27 et 1. Ce cas unique est le seul qui soit imputable au service de la clinique ; encore ce cas est-il douteux, car, outre qu'à l'époque aucune diphthérie n'existait dans la salle, il s'agissait d'une fillette atteinte d'angine scarlatineuse précoce, simulant la diphthérie. Or, nous savons aujourd'hui, beaucoup mieux qu'en 1889, par la certitude de l'examen et de la culture des germes spécifiques, que ces angines précoces de la scarlatine ne contiennent pas le bacille de Lœffler. Quoi qu'il en soit, cette enfant fut envoyée au pavillon de la diphthérie, dans une petite salle à un lit, et a parfaitement guéri.

De sorte que, si, dans le service de la clinique, il y a eu un cas discutable de contagion, il n'y a pas de mort par le fait de la diphthérie, alors que la mortalité, pour l'ensemble des autres services, est de 116 enfants sur 153 cas de contagion.

Or avant 1889, le service de la clinique partageait le sort commun, puisque, dans les six premiers mois de 1888, on y comptait 19 contagions de diphthérie dans les deux salles, et que, en 1885, 86 et 87, on perdait de 10 à 15 enfants par année. D'autre part, en 1889, le service de la clinique a comme les autres services de l'Hôpital reçu, à son tour et au hasard, les diphthéries méconnues envoyées dans les salles communes. Six enfants y sont ainsi entrés avec la diphthérie, et y ont séjourné de quatre heures à six jours. La graine de diphthérie n'a donc pas manqué, mais son développement a été empêché par les mesures de défense.

On ne saurait trop insister sur la simplicité de l'antisepsie médicale, qui se résume, en somme, en cette double formule : 1° réduire au minimum les contacts suspects ; 2° désinfecter tout objet souillé, après le contact. Pour diminuer les contacts, M. Grancher a employé le paravent métallique et, pour la désinfection, il s'est servi, selon l'objet à désinfecter, de l'étuve à vapeur sous pression, de l'eau bouillante ou de la liqueur de Van Swieten acidulée.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire.
(Air surchauffé. — Hygiène et repos.)

On a fait grand bruit depuis peu d'un traitement de la phthisie par les inhalations d'air chauffé à 200° sous le nom de méthode de Weigert.

La confiance que quelques médecins ont accordée de prime abord à cette méthode « a peut-être eu pour point de départ une confusion, dit L. H. Petit, dans l'*Union médicale*, le nom de Weigert appartient à la fois à un médecin américain et au professeur allemand dont les travaux sur la microbie sont très estimés en France. N'aurait-on pas cru que la cure par l'air chaud nous arrivait d'Allemagne, alors qu'elle vient d'Amérique ? »

Quoi qu'il en soit, la discussion s'est engagée à l'Académie sur cette nouveauté, à propos d'une communication dans laquelle M. *Daremberg* insistait sur les bons résultats que donnent l'hygiène alimentaire et le repos, tels qu'on les utilise dans les sanatoria, notamment comme l'a mise en pratique Dettweiller au Falkenstein, ainsi que nos confrères Frémy et Pouzet nous l'ont rapporté (voir *Concours Médical* 1888, n° 31).

M. *Dujardin-Beaumetz* a déclaré que la méthode des inhalations d'air surchauffé présentait

---

ne prescrire dorénavant que la digitaline française du codex, la digitaline chloroformique, la seule que le pharmacien devrait délivrer, quand l'ordonnance ne spécifie pas.

Les prescriptions seront faites en conséquence. Du moment qu'il aura la certitude de donner un produit actif, efficace, le médecin en restreindra l'usage, de façon à ne pas provoquer d'effets toxiques.

Ce que je viens de dire peut s'appliquer à l'antipyrine, dont la consommation a représenté des sommes considérables pendant la période de l'influenza. C'est un produit allemand, qui peut facilement être remplacé par des équivalents. — On est d'ailleurs arrivé à fabriquer l'antipyrine, en France ; mais au point de vue commercial, à cause du brevet de fabrication, on ne peut la vendre que sous un autre nom, sous celui d'analgésine par exemple, qui a été adopté par un de nos compatriotes.

En 1888, l'administration de l'assistance publique à Paris a dépensé, pour frais d'achat d'antipyrine dans les hôpitaux et hospices de Paris, la somme de 46.000 francs.

Grâce à l'heureuse initiative de M. Bourgain, l'antipyrine étant devenue l'analgésine et la fourniture ayant été mise en adjudication, le prix du kilogramme est descendu à 79 fr. au lieu de 130 fr. que l'administration payait précédemment. On a donc économisé de ce chef une somme annuelle de 26.000 fr., la dépense étant tombée de 46.000 fr. à 25.000 fr. Une économie semblable a été également réalisée en 1889.

Les médecins peuvent ainsi faire économiser à leurs clients privés une somme importante, en prescrivant l'analgésine qui coûte moitié moins cher que l'antipyrine et dont le prix baissera encore davantage le jour où l'usage de ce produit sera plus généralisé.

La société des produits chimiques de Saint-Denis fabrique également la paraacetphénétidine ; mais ce nouvel analgésique, doit être prescrit sous le nom de phénédine, pour le distinguer du produit allemand, connu dans le commerce sous le nom de phénacétine.

plus d'inconvénients que d'avantages. Mosso et Rondelli ont prouvé tout d'abord que, si élevée que soit la température de l'air au moment de l'inspiration, cet air perdait cette surélévation de la température au moment où il pénétrait dans le poumon. Au point de vue clinique, ces mêmes auteurs sont arrivés à la conclusion que la méthode de Weigert était sans avantages. C'est aussi l'opinion de Kokownoff, qui soutient que non seulement la méthode n'a aucune influence antibacillaire, mais qu'elle imprime, au contraire, une marche rapide à la maladie. De son côté, M. le docteur Trudeau n'est pas moins affirmatif, et les expériences que M. Dujardin-Beaumetz a faites dans son service lui permettent aussi d'arriver à la même conclusion que tous ces auteurs. Il estime donc qu'il faut mettre de côté et repousser de la thérapeutique le traitement, prétendu curatif, de la tuberculose par les inhalations d'air surchauffé.

M. *Constantin Paul* ajoute que, dans les stations d'eaux thermales, on a remarqué, depuis longtemps, que toutes les fois que la température des salles réservées aux phthisiques dépassait un certain nombre de degrés, ceux-ci éprouvaient des quintes de toux et des accès de suffocation qui les obligeaient à sortir. Il croit donc, lui aussi, que le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'air surchauffé est plus nuisible qu'utile.

M. *Verneuil* a fait quelques réserves relatives à l'emploi de la chaleur pour le traitement des lésions tuberculeuses des membres, particulièrement des extrémités. Il a dit que son chef de clinique M. Clado, ayant soumis au même mode de traitement des malades atteints de phthisie laryngée, avait, dans plusieurs cas, constaté la disparition des bacilles dans les crachats.

Mais M. *Dujardin-Beaumetz*, sans contester les bons résultats obtenus par M. Verneuil dans le traitement de certaines tuberculoses locales, puisqu'il est facile de comprendre que la chaleur puisse réussir, quand elle agit directement sur des microbes facilement accessibles, tels que ceux des plaies ou même, à la rigueur, du larynx, dit qu'on ne saurait en conclure qu'il doit en être de même pour ceux du poumon. Il maintient donc qu'en ce qui concerne les tuberculoses de ce dernier organe, la méthode de Weigert doit être absolument abandonnée.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Un cas clinique d'application du forceps sur le siège.

L'application du forceps sur le siége n'est guère préconisée par les auteurs. Tous lui font la même objection, fort juste d'ailleurs : c'est que le forceps *dérape*.

Cependant, il est des cas où l'on n'a guère le choix de la méthode, et où d'ailleurs les autres procédés préconisés ne valent pas mieux et valent peut-être moins que le forceps. Nous voulons parler d'une présentation du siége, *mode des fesses*, avec enclavement de ce siège, soit par étroitesse du bassin, soit par volume exagéré du fœtus.

Nous lisons dans l'excellent traité de Playfair les lignes suivantes :

«.... S'il peut amener un pied en bas, l'accoucheur a un bon moyen d'accélérer la marche du travail et ce moyen est le meilleur. Si le siège est arrêté au détroit supérieur ou près du détroit, ce sera généralement facile. On donnera le chloroforme jusqu'à l'anesthésie complète, et on introduira la main du côté de l'abdomen de l'enfant de la même manière et avec les mêmes précautions que dans la version podalique, jusqu'à ce qu'on ait atteint un pied. On le saisit et on l'amène en bas. Si les pieds sont placés naturellement, c'est-à-dire appliqués sur les fesses, il est facile de réussir. Mais si les jambes sont étendues sur l'abdomen, on sera obligé d'introduire la main et le bras très profondément, jusqu'au fond même de l'utérus, procédé qui est toujours difficile et qui peut être très hasardeux. Et je ne pense pas que le procédé d'extraction des pieds soit sans danger lorsque le siége est bas et fixé dans la cavité pelvienne. On peut bien repousser le siége dans une certaine mesure, mais il est évident qu'on n'y arrivera pas impunément lorsqu'il est tout à fait engagé dans l'excavation.

Il est un autre agent, qui a fait un certain bruit dans ces derniers temps, c'est l'acide sulforicinique qui sert à dissoudre une quarantaine de médicaments. — Un Allemand s'est empressé de prendre un brevet et de donner le nom de polysolvum à son produit, qui a l'inconvénient d'avoir une odeur d'ammoniaque prononcée.

Raison de plus pour prescrire l'acide sulforicinique fabriqué dans notre pays.

Il me serait facile de grossir ce dossier et d'accumuler des faits analogues. Ces quelques exemples suffiront, je l'espère, pour nous dicter la conduite à tenir.

Malheureusement, au point de vue de la fabrication des alcaloïdes, nous sommes moins bien outillés, il faut le reconnaître, que nos voisins d'au delà du Rhin. — Les capitalistes français ne se tournent pas de ce côté, probablement parce qu'ils ne se doutent pas des bénéfices énormes qu'une installation irréprochable, basée sur les derniers perfectionnements, pourrait leur faire réaliser.

Nos rivaux sont moins timorés, et il vient de se fonder en Allemagne une société, au fonds social d'une vingtaine de millions, pour fabriquer en grand tous les médicaments et en particulier le sulfate de quinine, qu'ils obtiennent sans déperdition aux conditions les plus rémunératrices. Ce sera une fortune pour les adhérents.

Pourquoi ne pas les imiter ? Pourquoi nous condamner à porter notre or loin de nos frontières, alors que nous avons tout intérêt à le garder, alors qu'il nous est possible de ne pas payer cette nouvelle dîme ?

Puisqu'on cherche à nous isoler, à nous annihiler, servons-nous des mêmes procédés qu'on emploie contre nous, au lieu de persévérer dans les anciens errements. Que de fois les Français ont versé leur sang avec générosité pour des voisins ingrats, qui avaient besoin qu'on leur vînt en aide et qui, le danger passé, n'ont jamais songé à s'acquitter.

Le règne de la chevalerie est passé ; on peut le regretter, mais il a fait place à celui de l'intérêt froid et sec.

Il n'est pas inutile de le rappeler aux médecins

Dans ces circonstances, la traction est notre seule ressource, quoiqu'elle soit toujours difficile, souvent même impuissante..... L'usage d'un lacs soupleest de toute façon préférable à celui du crochet mousse qui est contenu dans la plupart des trousses obstétricales. Un instrument aussi dur est très difficile à appliquer, et toute traction un peu forte exercée avec lui est presque fatalement grave pour les tissus délicats du fœtus sur lequel il est placé..... Si tous ces procédés ne réussissent pas, il ne nous reste comme dernière ressource qu'à sectionner avec des ciseaux ou un instrument à craniotomie la partie qui se présente. » Playfair ne fait pas même mention de la possibilité d'appliquer le forceps en pareil cas.

Il n'en n'est pas de même de M. Ribemont, qui, dans ses cours, ne rejette pas l'application du forceps. Nous nous sommes souvenu de ses préceptes dans un cas récent que nous allons rapporter succinctement :

Observation. — Femme de 38 ans, ayant eu 10 grossesses. Je suis appelé à 9 heures 1/2 du soir par la sage-femme chargée de l'accouchement. Les douleurs sont très vives depuis 6 heures du soir. A notre arrivée, la femme *pousse* avec une énergie extrême et le siège arrive jusqu'à la vulve, où le scrotum du fœtus fait saillie. J'explore avec soin; mais l'excavation est entièrement remplie par le siège, qui est en S.I.D.A. Impossible de passer le doigt pour atteindre le pli de l'aine. Le siège ne peut être repoussé.

J'attends, espérant que les efforts feront descendre davantage le siège : à un moment donné, j'atteins le pli de l'aine; mais le doigt replié en crochet est porté très profondément et se fatigue trop facilement pour pouvoir tirer. Il me resterait donc la ressource du crochet mousse ou du lacs indiqué par Playfair. Mais je me souviens des inconvénients multiples de ces procédés : infidélité, dangers pour les ligaments du fœtus, d'autre part, les conseils de Ribemont se présentent à mon esprit et je préfère tenter l'application du forceps. Une première tentative est suivie du glissement de l'instrument : je fais une deuxième application, avec le même résultat : mais le siège est déjà partiellement hors de la vulve. Une contraction le fait remonter. Je me décide à une troisième application : cette fois, j'extrais presque entièrement le siège, et au moment où le forceps dérape pour la troisième fois, il m'est facile d'atteindre le membre inférieur droit et d'exercer une traction qui amène tout le bassin au dehors, après déflexion du membre inférieur gauche. J'extrais ensuite le tronc après déflexion des bras; je mets l'enfant à cheval sur l'avant-bras gauche et de la main droite, j'introduis deux doigts dans la bouche pour défléchir la tête. L'extraction est facile. L'enfant, un peu asphyxié, revient assez rapidement à lui après les soins d'usage. Il n'a aucune lésion.

Je fais faire à la mère des injections phéniquées trois fois par jour.

A l'heure actuelle, dix jours après l'accouchement, il n'y a eu aucune complication ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant.

Cet exemple me paraît militer en faveur de l'application du forceps dans des cas analogues.

Dr Greffier.

II

Guérison de contracture hystérique datant de deux mois obtenue par le transfert sur un sujet hypnotisé.

Il y a près de trois mois plusieurs demoiselles d'une même pension furent successivement atteintes de contracture. Tout le bras était fortement contracturé. Chez les unes c'était le bras gauche ; chez les autres, le bras droit ; chez toutes le tableau était le même — flexion de l'avant-bras sur le bras, le tendon du biceps tendu comme une corde de violon, la main fermée énergiquement avec le pouce en dedans. L'affection débutait par une douleur dans le coude et à l'épaule et presque immédiatement après la contracture se manifestait. D'ailleurs, pas de fièvre, l'appétit très bien conservé, la gaieté nullement altérée. La douleur ne se réveillait que lorsqu'on touchait même légèrement le bras malade. Dans l'extension forcée, la petite malade criait bien un peu, mais c'était plutôt une sorte d'impatience, de malaise, d'agacement ; quand on lâchait le bras, instantanément et brusquement comme un res-

---

qui recommençaient à envoyer leurs malades aux eaux d'Allemagne et à nos concitoyens, qui ne renonçaient pas à s'y rendre. — La question des passeports a un peu ralenti le mouvement ; mais de peur d'une reprise, je répéterai, après tous les excursionnistes, que les villes d'eaux allemandes sont de plus en plus livrées aux bottes conquérantes des officiers Prussiens. Le militarisme à outrance a ses mauvais côtés et le fracas des sabres fait taire les grelots de la folie.

Le séjour de Bade ou de Hambourg, ces deux centres de villégiature, jadis si pleins de vie et de gaieté française, est en particulier devenu pénible aux anciennes générations et odieux aux nouvelles.

Les monuments symboliques, les inscriptions patriotiques et certains bustes, partout semés à profusion, « ravivent des douleurs aiguës et rouvrent des blessures, qui saignent au moindre froissement. — Si peu chauvin qu'on soit, et l'homme du monde l'est rarement, il suffit d'être patriote, au sens noble du mot, pour éprouver en ces endroits, où joies et malheurs parlent en même temps à nos souvenirs, une sorte de gêne, de malaise, qui finit à la longue par peser comme un cauchemar ».

Après une pareille constatation, et surtout lorsque le parallèle est tout à l'avantage des sources françaises, nous ne devrions plus avoir à maugréer contre l'indifférence routinière, qui poussait autrefois les favoris de la fortune vers les bords du Rhin et laissait les établissements français dans un état d'infériorité relative.

Espérons que les grands consultants ne laisseront plus aller leurs clients vers ces stations, qui doivent être d'autant plus délaissées que nous avons des eaux équivalentes, dans notre pays. — Je pourrais citer nombre de cités thermales, qui ne redoutent pas la comparaison. En dehors de leurs incomparables richesses hydriatiques, elles ne laissent rien à désirer, même aux raffinés de la civilisation moderne, qu'un entraînement irréfléchi fait courir après le plaisir, quand la raison commande de chercher la santé !

Dr Grellety.

sort, l'avant-bras se fléchissait et les doigts se refermaient, et la petite malade prenait un air de satisfaction. — La sensibilité à la température, à l'électricité était conservée ; un contact léger déterminait de la douleur ; si au contraire on pressait fortement un pli de la peau, la sensibilité était émoussée. — Pendant le sommeil la contracture n'existait pas. J'ai fait cette observation, parce que parmi ces petites malades je comptais ma fille âgée de 11 ans. C'est ce qui m'a dispensé de provoquer le sommeil chloroformique.

Comme traitement, j'ai employé sans aucun succès, sans aucune modification, l'électricité, le massage, les fumigations, les plaques métalliques. Au bout de deux mois, désespéré de voir ma malade dans le même état, je résolus d'avoir recours à l'hypnotisme et de mettre à profit les expériences de M. Charcot sur le transfert d'un sujet à un autre.

J'ai donc endormi un sujet que j'ai traité il y a quelques années par la méthode hypnotique pour une dyspepsie hystérique, et dans cet état je l'ai prévenu de l'opération que j'allais faire en lui disant que dans cette même séance je le débarrasserais de l'affection communiquée. Mon sujet accepte volontiers l'opération et n'éprouve aucune inquiétude. En ce moment je prends la main contracturée de la petite malade et la mets en contact avec la main correspondante du sujet hypnotisé. Instantanément, avec la rapidité du courant électrique, l'affection a été transmise à l'hypnotisé, et la petite malade a levé en l'air ses deux bras pour manifester sa guérison. Je débarrasse tout de suite mon sujet de la contracture provoquée, et de nouveau je remets les deux mains en contact ; nouvelle contracture chez le sujet, pendant que la fillette se sent encore plus soulagée. J'ai fait cette même opération jusqu'à ce que l'hypnotisée n'éprouvât rien au contact de la malade ; ce que j'ai obtenu à la troisième reprise. La guérison a été définitive ; elle date de quinze jours, et elle se maintient.

Ce cas n'est pas isolé. Une autre fillette que je soignais en même temps que la mienne a été guérie de la même façon et chez elle la guérison s'est également maintenue. Une heure après elle jouait au ballon comme si elle n'avait jamais rien eu.

L'observation ne serait pas complète si je ne disais pas ce que sont devenues les autres malades. Eh bien ! Voici qui est encore plus curieux. La contracture a disparu d'abord chez une des petites malades dès que le bruit de ces deux guérisons miracleuses a circulé dans la ville, et dans l'espace de trois jours cette affection n'existait plus chez aucune. J'ajoute que ma fillette, la première guérie, avait été la première atteinte. Cette sorte d'épidémie qu'elle avait provoquée a été éteinte par elle.

Dr David (de Sigean).

III

Le traitement systématique de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Nous empruntons à la *Médecine Moderne* certains extraits d'une Revue générale écrite par mon ami le Dr Juhel-Rénoy, médecin des hôpitaux de Paris, et qui pourra être utile à ceux de nos lecteurs désireux d'être exactement renseignés sur la mise en pratique de cette importante méthode thérapeutique.

Elève de Bouchard, j'applique dans ma pratique sa méthode dont j'ai fait connaître les détails dans le *Concours* il y a cinq ans, et j'ai toujours eu à m'en louer. Mais ce n'est pas une raison pour nier les bénéfices remarquables que les typhiques peuvent tirer aussi de la méthode de Brand.

P. L. G.

« ... Dans cette très rapide revue, je me propose d'examiner à un point de vue pratique la conduite à tenir dans le traitement de la fièvre typhoïde ; de répondre incidemment aux objections qui ont été faites contre la méthode, de réfuter les arguments qui représentent le bain froid comme un danger ; enfin, de montrer que jusqu'ici, tout ce qu'on a tenté de substituer au bain froid lui est bien inférieur, et, pour terminer, je remettrai sous les yeux du lecteur quelques chiffres statistiques, ces arguments muets, bien plus fidèles qu'on ne le dit, lorsqu'ils sont sincères, réels ; ainsi, je l'espère, s'imposera à l'esprit cette conclusion que, pour l'instant, aucune méthode ne peut entrer en parallèle avec le bain froid et que, si ce n'est pas la thérapeutique de l'avenir, c'est du moins celle du présent ; celle que le médecin soucieux de la vie de son malade doit préconiser par la parole et par le fait ; c'est une campagne ouverte, mais il nous reste à dissiper bien des malentendus ; à combattre les efforts des médecins enclins à penser qu'ils ont seuls le dépôt des vraies traditions médicales ; bref, malgré de précieuses adhésions, dont une récente séance de la Société médicale des Hôpitaux nous a donné le consolant aveu, malgré la nomination de la Commission chargée d'étudier les traitements comparatifs, malgré cette somme d'efforts, il faut lutter encore, et c'est à nos lecteurs, au praticien de la ville comme de la campagne qu'il faut demander cet appui moral qui enlève les dernières irrésolutions et fait passer en pratique les vérités.

Qu'il me soit permis dès l'abord de rappeler la formule du traitement ; encore qu'elle paraisse très connue, je la vois quotidiennement ignorée. Je crois ne pouvoir mieux faire qu'en transcrivant la note que je remets aux infirmiers des services hospitaliers que je dirige et qui, très concise, permet cependant de remplir dans ses plus minutieux détails la balnéothérapie méthodique des *cas simples* :

« 1° Prendre toutes les trois heures, *jour et nuit*, la température du malade et, chaque fois que le thermomètre marquera 39° (température *toujours rectale*), donner un bain de 15 minutes à 20° ;

« 2° Faire à trois reprises différentes durant deux minutes au commencement, au milieu et à la fin du bain, une affusion avec de l'eau à 15°, versée lentement *sur la nuque* ;

« 3° Faire boire le malade pendant le bain ;

« 4° Sortir le malade du bain, s'il ne peut le faire seul, et l'étendre sur un drap sec avec lequel on l'essuiera *sans toucher à l'abdomen*. Couvrir très peu le malade qui doit continuer à frissonner après le bain ;

« 5° Vingt minutes après le bain, la température sera de nouveau prise et consignée sur la feuille placée au lit du malade. »

On voit combien sont simples ces instructions, avec quelle facilité elles peuvent être retenues par l'individu le plus grossier, le moins apte en apparence à assister un malade à son chevet ;

aussi je ne saurais protester trop vivement contre les objections incessamment répétées, visant la difficulté d'application de la méthode. Durant l'année dernière, j'ai traité 120 typhiques à Lariboisière, la somme des bains qu'ils ont pris est certainement voisine de 8,000, et je dois déclarer qu'avec un personnel relativement restreint d'infirmiers, une douzaine au plus, j'ai pu facilement, très facilement, mener à bien la balnéation de mes typhiques. Ce que j'ai fait à l'hôpital, je l'ai pratiqué en ville avec une facilité bien plus grande, on peut m'en croire, parce qu'ici, famille, serviteurs, ne font pas défaut.

A la campagne, où la difficulté paraît insurmontable — à ceux qui ne voient dans le traitement systématique par le bain que des empêchements, — rien ne serait plus simple que d'avoir une ou plusieurs baignoires « municipales », louées suivant une faible redevance, ou prêtées gratuitement aux indigents ; enfin, en l'absence de baignoire, il resterait l'enveloppement avec le drap mouillé qui, quoique très inférieur, est encore un excellent moyen. Tel est le *modus faciendi* des cas « simples » traités dès le début, ou rapidement enrayés par le bain, encore qu'ils aient été tardivement soignés ; c'est la pure méthode de Brand; mais comme le répétait excellemment Chauffard, avec une sobre et nette concision « c'est une formule minimum; il faut dans certains cas la corser » (*Soc. Méd. des Hop.* 20 nov. 1886.)

C'est en effet ce qu'on doit faire, alors que le médecin n'est mandé que tardivement, que la maladie a frappé déjà ses redoutables coups, attaqué l'organisme dans ses fonctions les plus vitales, compromettant à bref délai la vie; alors il faudra employer la réfrigération *intensive*, si je puis me servir de ce terme, ce sera la médication des cas compliqués dont Glénard a très heureusement indiqué les principales lignes, mais qui n'ont rien d'inflexible, comme nos adversaires le répètent, nous condamnant à une sorte de passivité humiliante; le médecin n'est nullement transformé en « garçon de bains », ainsi qu'on l'a dit avec plus d'esprit que de raison, mais bien au contraire il reste l'homme armé d'un puissant et redoutable moyen, qu'il modère, atténue ou redouble suivant les oscillations de la maladie, les périodes du drame qui se déroulent. Il faut avoir conduit soi-même, et souvent, de pareils traitements, pour savoir combien l'activité médicale a beau champ à s'employer, combien la décision du médecin, sa bravoure, dirai-je, se peuvent montrer pour lutter pied à pied avec la maladie et la vaincre. C'est avec raison que Brand a pu écrire qu'alors « on a moins affaire à la fièvre typhoïde qu'à ses conséquences, c'est-à-dire aux divers processus septicémique, pyémique, hémorrhagique, inflammatoire, gangréneux ».

Fr. Glénard a très heureusement résumé (1) les instructions qui doivent être données et remplies et que je rappelle en quelques lignes :

1° Le premier bain ne sera *inférieur* que de 5 à 6 degrés à la température initiale du malade — 35 degrés, si le malade a 40°, 5 — par exemple — puis *progressivement refroidi*; l'affusion du début et de la fin sera également moins froide que dans la formule simple ; mais, je le répète, cela ne s'adresse qu'*au premier* ou *aux premiers bains*, on tâte la réaction du malade de cette façon. F. Glénard dit qu'il est inutile de donner des bains à un intervalle plus rapproché que toutes les trois heures, même si la température est très élevée. J'avoue ne pas partager cette manière de voir et j'ordonne le bain toutes les deux heures dans les cas compliqués et, non content d'augmenter le nombre des bains, j'en prolonge la durée en la portant à vingt minutes au lieu du quart d'heure réglementaire. La température de 39° qui, dans les cas simples, est celle qui doit être atteinte pour que le bain soit administré, ne doit pas être prise comme étalon ; fréquemment, très fréquemment, tel malade qui a une température *au-dessous* de 39°, doit être baigné, et je n'hésite pas à le faire chaque fois qu'une complication cérébrale, cardiaque, pulmonaire, rénale, m'y incite.

Bien entendu, les boissons alcooliques les plus variées (champagne, vin, alcool) sont données *largâ manu* et, bien avant la chute de la fièvre, j'alimente mes malades, trouvant que le mérite du grand médecin anglais « qui nourrissait ses fiévreux » est immense. Quant à ce que Glénard appelle le *bain des moribonds*, voici en quoi il consiste : « La tête du malade est débarrassée des cheveux, on le porte dans un bain à 32° dont le niveau ne dépassera pas l'ombilic. Le malade sera énergiquement frictionné dans ce bain, avec les mains nues ou armées d'une éponge trempée dans l'eau et on arrosera la tête et le tronc d'eau de plus en plus froide. La durée du bain ne doit pas dépasser dix minutes ; le malade rapporté dans son lit, on enveloppe ses pieds de flanelles trempées dans l'eau très chaude qu'on renouvellera toutes les minutes pendant deux heures. Ce bain sera répété au plus toutes les deux heures ; dans l'intervalle, vessie de glace sur la tête, fortes doses de vin, potion de Stokes (cognac et eau de cannelle *aa* 50 à 60 grammes, sirop simple, 30 grammes).

J'ai modifié également cette façon de faire. Voici ma pratique ordinaire : bain toutes les deux heures à 15 ou 16 degrés, car je cherche ce « choc » de l'eau froide qu'on redoute à tort, avec massage sous l'eau ; l'affusion froide est lente, mais *continue*, le malade nourri à la sonde, s'il y a lieu, puis retiré du bain ; ensuite on lui pratique alternativement des piqûres de sulfate neutre de spartéine (20 à 30 centigrammes dans les 24 heures) et de caféine (50 centigrammes dans les vingt-quatre heures).

Telle est la médication que je dénomme « intensive » et qui m'a donné comme à tant d'autres des résultats « miraculeux » ; j'ai vu céder ainsi des formes ataxiques d'une intensité inouïe, j'ai vu guérir des formes cardiaques — celles que Stokes connaissait si bien — qui certainement auraient succombé sans le bain. Dans cet ordre de faits, je montrais, naguère, à Lariboisière, aux assistants, un Bavarois porté à l'état de cadavre dans le bain durant cinq jours et dont l'adynamie était telle que la sonde devait être introduite pour l'alimenter. Grâce à cette réfrigération, cet homme guérissait en 35 jours de la forme la plus effroyable qui se puisse voir !

Si une *pneumonie* survient, il faut *toujours*, à mon avis, baigner le malade toutes les trois heures, à la température réglementaire de 39 degrés et de 20 degrés pour le bain. (On sait que Brand dans ces cas préfère l'enveloppement au drap mouillé, toutes les six heures.)

Si c'est une *hémorrhagie intestinale*, qui vient

(1) Fr. Glénard. *Technique de la fièvre typhoïde compliquée* (*Bull. méd.*) 18, mars 1888.

compliquer la fièvre typhoïde, il y a lieu à distinguer. Si l'hémorrhagie est énorme, le bain doit être suspendu ; si elle est minime ou même abondante, les bains doivent être continués, en même temps que l'ergotine en injections sous-cutanées sera administrée.

Seules, la *perforation*, la *péritonite* doivent être tenues comme des contre-indications absolues au bain ; peut-être, en ces cas, la laparotomie *hâtive*, absolument faite dès le début des accidents, sauvera-t-elle d'une mort trop certaine ceux que l'opium, la glace ne peuvent guérir. Telle est la technique des cas compliqués, technique compliquée elle-même, on le voit, et que seul le médecin doit faire appliquer sous sa surveillance.

Pour les cas simples, chacun voit combien l'emploi du bain est facile ; aussi, il ne me reste plus qu'à dire à qui le bain froid doit être appliqué ou plutôt à quel moment il convient de le mettre en œuvre, à quels cas il s'adresse. A ces questions une seule réponse s'impose. Le bain doit être ordonné *toujours* et administré à *tous* les typhiques. Cette règle d'apparence inflexible, et qui laissera à plus d'un le soupçon d'erreurs de diagnostic, est justifiable, et j'espère en donner la preuve après tant d'autres. J'ai dit que le bain froid devait être employé chez tous les typhiques et le motif m'en paraît simple. C'est qu'à tous il est profitable, c'est qu'à toutes les fièvres typhoïdes, il donne une allure, une manière d'être qui frappe et étonne ceux qui l'emploient pour la première fois, c'est qu'enfin et surtout il empêche toujours les cas d'apparence bénigne, bénins même si l'on préfère, de s'aggraver, et que, quoi qu'on en dise, le *pronostic de la fièvre typhoïde est la chose la plus incertaine du monde*. Il y a quelques jours à peine, un de mes maîtres affectionnés ne me contait-il pas que deux typhiques « bénins » au début venaient de succomber dans son service, *malgré les bains froids* ; il est vrai, ajoutait-il, qu'il ne les avait baignés qu'au vingt-cinquième jour, en présence de l'aggravation subite des accidents. Eh bien, pour quiconque a pratiqué sur une vaste échelle le bain froid, il est permis d'affirmer que ces malades auraient guéri certainement, si, dès le début, la balnéation leur avait été imposée. Donc, tous les typhiques seront soumis aux bains. C'est là qu'est le côté systématique de la méthode, c'est sur ce point surtout qu'il faut emporter les convictions, et je crois avoir été le premier à Paris à en sentir la nécessité en imposant à tout typhique cette méthode de réfrigération. Ainsi que je le disais à la Société des hôpitaux, c'est parce que MM. Raynaud, Féréol, Libermann, ont fait une sorte de *sélection* parmi leurs malades, parce qu'ils n'ont baigné que certains typhiques et non *tous*, que leur exemple n'a pas été suivi ; c'est pour cette raison péremptoire que lorsque je vois certains médecins qui n'ont aucune expérience du bain froid, parce qu'ils ne l'ont *jamais* employé régulièrement, s'en faire les détracteurs, je leur demande de réserver leurs critiques, de commencer par pratiquer ce bain, quitte à l'attaquer après. Or, je ne sache pas qu'*aucun* médecin, ayant fait sérieusement le « Brand », l'ait abandonné.

J'ai dit qu'il fallait à tous, toujours, appliquer le bain ; mais quand le commencer ? *Le plus tôt possible*. Cela est capital. Mais, dit-on sans cesse, que faites-vous du diagnostic, que baignez-vous ? Des embarras gastriques ? On sait que c'est un des chevaux favoris de l'opposition, malgré que le dit embarras gastrique demeure de plus en suspect (témoin la dernière communication de Chantemesse) (1). Des pneumoniques d'aspect typhique ? Quelquefois, et cela pour leur plus grand bien, car Gignoux, de Lyon (2), l'a fait ; cette année j'ai guéri sciemment, volontairement, deux malades de même. Pour parler net, un fébricitant baigné par mégarde peut-il subir un dommage réel ? Je ne le pense pas. Depuis plus de trois ans, après avoir administré plus de 10,000 bains, il m'est arrivé de voir plonger dans l'eau froide trois embarras gastriques, une amygdalite aiguë, un pneumonique méconnu, une infection puerpérale, enfin deux « grippes », durant l'épidémie qui régnait alors, aucun n'a vu sa maladie s'aggraver, tous et toutes ont guéri dans le laps de temps réglementaire, quelques-uns même mieux et plus vite, tel le pneumonique. Donc, lorsque le médecin, après un examen minutieux, sera arrivé à cette conclusion *très probable* que le malade est atteint de typhus abdominal, qu'il le plonge résolument dans l'eau froide. Je sais combien cette conduite est critiquée, les oppositions qu'il faut vaincre ; mais qu'on m'en croie sur parole, les erreurs de diagnostic seront rares, si l'on groupe les symptômes habituels, si l'on s'entoure de l'examen du sang (Hayem), de celui des urines (Robin), de la marche de la température ; enfin, si l'erreur est commise, elle sera très vite reconnue, on peut en être certain. Si je n'avais que ma faible autorité pour enseigner une pratique d'apparence aussi imprudente, je n'aurais garde d'insister ; mais lorsqu'on voit des hommes comme Brand (3), Vogl (4), en faire le premier article du « credo » thérapeutique, il faut croire. Enfin et quoi qu'il en coûte à notre amour-propre parisien, ne voyons-nous pas à notre porte, dans cette belle école rivale de Lyon, cette vérité appliquée, affirmée par la presque totalité de ses maîtres ? Il serait, en effet, injuste dans une étude, si courte soit-elle, d'omettre les noms si justement populaires de Frantz Glénard que j'ai dû citer tant de fois, lui l'apôtre et le missionnaire du bain froid, de Bouveret et Tripier qui, dans leur admirable livre, un de ceux qui mériteraient toutes les récompenses, ont définitivement montré la prééminence du bain froid sur tous les autres modes de traitement.

Et comme je ne veux pas que le lecteur puisse penser que mon assertion est purement doctrinale, je me permets de mettre sous ses yeux quelques chiffres pris partout, aussi bien à l'étranger qu'en France.

En Allemagne, Vogt montre qu'avant l'introduction des bains froids la mortalité est de 20,7 pour 100, et je fais remarquer que cette statistique comprend 27 années (1841-1868) et porte sur 5,484 cas.

L'eau froide est employée dans l'armée bavaroise et la mortalité tombe à 12,2 pour 100 de 1868 à 1882 (2,841 cas, 248 morts.) Enfin, lorsque *exclusivement* le bain froid est employé, il a le chiffre

(1) *Société médicale des hôpitaux* (20 nov. 1889).

(2) *Pneumonies traitées par les bains froids* (*Société des sciences médicales*). Lyon 1883.

(3) *Ueber den heutigen Stand der Wasserbehandlung der Typhus* (Berlin 1887).

(4) *Zur Typhus-Therapie*, par Vogl Leipzund (Berlin 1888).

ignoré de tous 2,7 pour 100 de mortalité sur 221 cas !

Les statistiques de Brand sont si connues que je ne les rappelle que pour mémoire, tant à cause de l'importance du médecin qui les a édifiées, que pour les injustes critiques dont elles ont été l'objet. En 1877, Brand, sur 8,141 cas, avait 7,4 pour 100 de mortalité ; dix ans plus tard, il arrivait à réunir 19,017 cas et une mortalité à peu près égale, 7,8 pour 100 ; il est nécessaire de le faire remarquer, la « pure et stricte méthode » n'a pas été appliquée à tous ces cas ; dans une statistique qui reste un modèle de patience et de bonne foi, Brand s'est astreint à ne compter que les cas traités *exclusivement* par le bain, et sur un total de 5,573 cas, il n'y a que 234 morts, soit 3,9 pour 100, chiffre presque égal à celui de Vogt ! Il semble qu'une telle accumulation de preuves émanant de tant d'origines diverses devrait emporter la conviction, alors que ces preuves n'ont pas demandé moins de 30 années à être réunies. Comparons à ces chiffres ceux que nous observons à Paris, car ceux que je vais citer sont d'hier. Je les dois à l'obligeance de Merklen (1) qui a compulsé les documents officiels.

Hôpitaux de Paris

1883	4.945 cas	775 morts	15.6 pour cent
1884	3.964 »	556 »	14 »
1885	3.752 »	425 »	11.3 »
1886	1.913 »	241 »	12.5 »
1887	2.787 »	320 »	11.4 »
1888	1.756 »	531 »	13.1 »

Discutant et appréciant ces chiffres, Merklen conclut que la mortalité dans les hôpitaux civils de Paris oscille entre 14 et 15 pour cent. N'avais-je pas raison de dire dans la même séance que toujours et partout le traitement hydrothérapique abaisse de *moitié* la mortalité du typhus abdominal ? Quoi qu'on en dise, il n'est pas une seule statistique à Paris, qui puisse entrer en comparaison avec les nôtres (Juhel-Rénoy, Richard, Josias) (2), puisque, sur 130 cas, nous n'avons que 6 morts, soit 4,71 pour 100 de mortalité ; aussi les chiffres de Jaccoud (11,16 pour cent de mortalité), de Bouchard (10,7 pour cent) et même ceux d'A. Robin, les plus brillants (9,7 pour 102), sont-ils inférieurs de moitié encore. Et, soit dit en passant, aucun d'eux n'a soulevé de protestation, et c'était justice, ni déchaîné ces discussions acerbes que fait toujours naître la balnéothérapie typhique. Est-ce le mot qui effraie ; ou au contraire est-ce l'étiquette d'antisepsie intestinale qui rallie les hésitants, oublieux des recherches pratiquées par Furbringer qui, par l'examen bactériologique comparatif des matières fécales chez des typhoïdiques ayant pris les uns de la naptaline et les autres pas, trouve que la naphthaline laisse en vie en moyenne par milligramme de matières 90,000 micro-organismes susceptibles de développement, parmi lesquels il en est beaucoup de moins résistants que le bacille de la fièvre typhoïde ? Cette prétendue antisepsie est donc bien virtuelle ; je doute de sa ressemblance thérapeutique avec la vraie et régulière antisepsie chirurgicale ; dans l'espèce le pavillon a couvert la marchandise ; on obtient une désinfection — au point de vue de l'odorat — des matières fécales, on atténue leur toxicité, mais c'est tout. D'ailleurs, chacun sait que les bains progressivement refroidis constituent la partie principale du traitement de Ch. Bouchard, car, encore un coup, presque tout le monde baigne, lotionne, refroidit. Mais il faut poursuivre et conclure.

Le principe est donc admis que tous les individus atteints de fièvre typhoïde doivent être baignés. Ne doit-il pas fléchir en présence de certaines éventualités : telles que la grossesse, l'allaitement, l'état puerpéral, la survenance des règles, la certitude d'une maladie antérieure au typhus, comme une affection pulmonaire ou rénale ? Enfin, faut-il baigner les enfants, les gens âgés ? A toutes ces questions une seule réponse doit être faite. Oui, tous ces individus doivent recevoir le bain froid (1, 2, 3).

Je ne compte plus pour ma part aujourd'hui le nombre de femmes grosses, de nourrices, de puerpérales, de femmes surprises en pleine période de menstruation et résolument baignées. Beaucoup ont vu leur grossesse arriver à termo, l'allaitement continué sans dommage pour l'enfant durant toute la maladie ; bref, jamais aucune contre-indication ne m'a paru résulter de l'état antérieur ; j'ai fait fléchir au début la rigueur du traitement en faveur de quelques cardiaques graves, en faisant élever la température des premiers bains à 25° ou 28°, mais pour reprendre la formule rigoureuse dès le deuxième ou troisième jour ; or, jamais, je le répète bien haut, avec la certitude de ne pouvoir être démenti, jamais une syncope, même inquiétante, ne s'est produite, et je parle de 10,000 bains. Que penser des médecins qui nous ont représentés comme retirant de nos baignoires des cadavres ? L'âge n'importe pas plus. J'ai condamné au traitement — car pour certains enfants le mot est juste — des enfants en assez grand nombre ; tous ont guéri sans encombre ; de même j'ai baigné des individus entre quarante et soixante ans, et tous ont retiré le plus grand bénéfice de cette intervention. Le cadre restreint de cette revue m'empêche de repousser une fois de plus les reproches adressés aux bains, d'être des agents provocateurs de pneumonies, d'hémorrhagies intestinales. Le fait est faux, je l'affirme après Brand, Tripier et Bouveret, Glénoux, toute l'Ecole lyonnaise, et tous ceux d'entre nous qui, depuis trois années révolues, pratiquent bien et sérieusement la réfrigération de nos typhiques. Non, le médecin qui voudra nous croire et nous imiter peut être assuré scientifiquement qu'il n'expose pas son malade à ces redoutables accidents. J'unis ma voix à toutes celles citées au cours de cet article pour redire : « Le bain froid n'a que des avantages, aucun danger ne lui est imputable », et enfin, si je n'avais crainte de me répéter et plus encore de paraître l'écho de tous les adeptes de la méthode, j'essayerais de refaire le tableau du typhique transformé par la balnéation, de ce malade « qui ne l'est plus que de nom » et qui donne pleine et entière sécurité

(1) Voy. *Bull. soc. méd. des Hôpitaux*, 20 novembre 1889.

(2) *Leçons sur les auto-intoxications*, p. 295.

(1) *Cinq années de traitement de la fièvre typhoïde*, par Humbert-Molière (Lyon, 1888). *Antipyrine ou bains froids*, par Frantz Glénard (Lyon médical 1888).

(2) *Les bains froids et l'antipyrine à hautes doses* par Bouveret. (Soc. des sc. méd. Lyon 1887).

(3) *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*, par Tripier et Bouveret. Un volume, 1886.

à celui qui le traite, à condition que ce soit au début ; mais l'espace m'est trop mesuré.

La méthode du bain froid est donc la première à l'heure actuelle dans la hiérarchie thérapeutique, les passions qu'elle soulève le disent clairement à tous ceux qui veulent voir, et sans se piquer de « psychologie », c'est un fait à coup sûr intéressant de voir quelle ardeur elle développe chez ceux qui en sont les adeptes. Le « prosélytisme » est un « état d'âme » particulier aux sectateurs du bain froid, c'est cet état qui m'a envahi et que je tente de faire passer dans l'âme de la génération médicale actuelle ; aussi ai-je imité servilement Brand et ses continuateurs.

Ce qui a été fait à Lyon, nous l'avons fait à Paris ; sans préjuger l'enquête ouverte en ce moment, j'affirme que le succès est certain, que la mortalité sera abaissée à des taux ignorés des médecins parisiens, qu'en un mot les prévisions que j'énonçais dès le début se réaliseront ; l'avenir se chargera de leur donner, je pense, la dernière sanction. Aussi, m'adressant aux hésitants, aux incrédules, à tous je dis : « Baignez tous vos typhiques, suivez strictement, invariablement les règles que je rappelais, et le succès est certain. »

JUHEL-RÉNOY,
Médecin des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Indemnité de première mise pour l'uniforme des Médecins.

Nous espérons, nous écrit un de nos correspondants, que le *Concours Médical* voudra bien appeler l'attention de Messieurs les médecins-députés sur une anomalie.

Les médecins territoriaux nommés depuis 1875 n'ont aucun droit à l'indemnité de 300 francs votée en faveur de ceux qui ont été nommés depuis 1885.

Ce n'est pas équitable parce que ceux qui datent de 1875 ont été obligés de se faire équiper *deux fois*, la tenue ayant été changée en 1885 ; la tunique, le képi, le pantalon, le fourreau et le ceinturon de l'épée ont été modifiés. Les anciens médecins territoriaux âgés aujourd'hui de 40 ans, ont donc eu à dépenser près de 600 francs au lieu de 300 fr.

Pourquoi accorder 300 francs aux derniers numéros depuis 1885 qui n'ont à dépenser que 300 francs pour *une seule tenue, un seul équipement ?*

Dr X.

Voici à l'appui la note de service reçue par notre confrère :

« Monsieur X.., médecin aide-major de 1re classe au régiment territorial d'infanterie a adressé au général commandant le ... corps d'armée une demande d'indemnité de 1re mise d'équipement. D'après les renseignements portés sur les contrôles tenus à l'état-major, Monsieur X. a été nommé médecin aide-major de 2e classe par décret de 1875. Il ne saurait donc prétendre à l'indemnité de 1re prime puisque cette allocation n'a été accordée pour la première fois aux officiers ou assimilés de l'armée territoriale qu'à partir de 1885.

Prière de communiquer cette décision à l'officier intéressé, etc.

— Nous communiquerons l'observation à M. le Directeur du service de santé des armées et nous espérons qu'il lui sera possible d'aviser.

Les médecins de Rodez. — Jugement du Tribunal de Millau.

« Attendu qu'il est établi en fait par les constatations du jugement attaqué que, dans la soirée du 28 août 1889, le procureur de la République de Rodez fut avisé que le cadavre de la demoiselle Irma Campergue venait d'être découvert à Billorgues et que sa mort paraissait être le résultat d'un crime ;

« Que, dès le lendemain, le juge d'instruction saisi de l'affaire requit successivement les appelants de l'accompagner dans son transport sur le théâtre du crime présumé, pour y pratiquer l'autopsie du cadavre et rechercher les causes de la mort ; que, ses réquisitions n'ayant pas été obéies, il les renouvela le 31 août et rencontra le même refus sans que, d'ailleurs, les médecins requis aient allégué aucun empêchement sérieux ;

« Attendu que les réquisitions du 29 août ayant suivi de quelques heures seulement l'avis reçu par le parquet de Rodez de la découverte du corps de la fille Campergue et d'un crime probable, il est hors de doute qu'elles ont été adressées aux prévenus dans les conditions exactement prévues par l'article 44 du Code d'instruction criminelle.

« Que d'autre part, le 31 août, la condition légale des faits dénoncés n'avait point changé, que le ministère des hommes de l'art était seulement devenu plus urgent et nécessaire à raison des progrès de la décomposition du cadavre ;

« Que les réquisitions renouvelées ce jour-là ne peuvent donc être raisonnablement considérées que comme la réitération des premières, auxquelles elles se rattachent par un lien étroit ; que d'ailleurs l'intervalle de deux jours qui sépare les deux appels faits au concours des médecins n'est pas assez considérable pour pouvoir faire perdre à la procédure son caractère de flagrant délit ;

« Attendu que vainement les appelants soutiennent aujourd'hui, comme ils l'ont déjà fait devant le premier juge, que même dans ce cas, ils n'étaient tenus sous aucune sanction pénale de prêter à la justice le concours qui lui était réclamé et que les dispositions de l'article 475 § 12 du Code pénal qui prévoit et punit le refus volontaire par un citoyen de donner son aide dans certains cas déterminés ne leur seraient point applicables.

« Attendu en effet que les termes de cet article dans leur généralité, n'exceptant aucune catégorie de citoyens, ne distinguent point entre le secours physique et le service intellectuel qu'ils peuvent être appelés à fournir, et qu'ils visent expressément l'hypothèse du flagrant délit ;

« Qu'il répugne d'ailleurs d'admettre que le législateur ait pu négliger d'assurer au moyen d'une répression quelconque l'exécution des prescriptions touchant de si près à l'ordre social et à la sécurité publique, et qu'il ait voulu laisser l'autorité judiciaire désarmée en face du mauvais vouloir persistant de ceux qu'il a désignés, le cas échéant, comme ses auxiliaires ;

« Attendu que les deux réquisitions du 29 et du 31 août devant être considérées comme inséparables, il n'y a aucune différence à faire entre ceux

des prévenus qui ont été interpellés le 29 et ceux qui ne l'ont été que le surlendemain ;

« Attendu enfin que les appelants, après avoir négligé soit en simple police, soit devant les premiers juges d'appel, d'invoquer quelque empêchement professionnel pour expliquer leur résistance aux réquisitions du juge d'instruction, ont cru devoir, à l'audience du 1er mai, modifier leurs premières déclarations et mettre leur refus uniquement au compte des nécessités pressantes de leur clientèle, d'où ils tirent cette conséquence qu'ils ne sauraient avoir encouru l'application de la loi, puisqu'ils n'auraient refusé leur concours que par suite de l'impossibilité où ils se trouvaient de le donner ;

« Mais attendu que cette version nouvelle, en dépit de l'honorabilité reconnue de ses auteurs, est évidemment tardive et inconciliable avec les explications fournies au juge de simple police à une époque tout à fait voisine de la contravention ; qu'en la produisant à la dernière heure, ils en ont rendu le contrôle impossible et qu'ils ne rapportent d'ailleurs, ce qui serait indispensable, aucune preuve de son exactitude ;

« Attendu au surplus que les circonstances de la cause et les aveux mêmes de quelques-uns des prévenus devant le tribunal de céans établissent suffisamment que l'étrange unanimité de leurs refus avait été concertée à l'avance en vue de protester avec éclat contre le maintien d'un tarif que, *non sans raison peut-être, ils considéraient comme tout à fait insuffisant* ;

« Attendu qu'il n'y a donc lieu de s'arrêter à aucun des moyens des appelants.

«Par ces motifs, le tribunal, vidant le renvoi prononcé par l'arrêt de la cour de cassation du 15 mars dernier, jugeant publiquement, en matière correctionnelle et en dernier ressort, reçoit en la forme l'appel relevé par Albespy et consorts et statuant au fond sur son mérite, en démet purement et simplement les appelants, maintient en conséquence les condamnations prononcées contre eux par le jugement entrepris du 4 octobre 1889, et condamne solidairement les contrevenants en tous les dépens de la procédure suivie contre eux, y compris ceux du jugement cassé. »

CORRESPONDANCE

Contagiosité de la grippe.

Monsieur le Directeur,

Je trouve dans le « Concours Médical » du 1er mars des communications de MM. Anthony et Barth, à la Société des Hôpitaux, au sujet de la contagiosité de la grippe.

J'ai l'honneur de vous adresser l'observation suivante qui pourrait peut-être contribuer à l'établir.

Du 23 décembre 1889 au 21 janvier 1890, il s'est présenté à bord du paquebot le « Sénégal » 26 cas de grippe sur 112 personnes embarquées.

Il est à remarquer que les cas se sont tous produits parmi les matelots et les chauffeurs dont les deux postes sont en communication constante.

Aucun passager ni aucun homme du personnel de service, dont le poste est éloigné des deux autres, n'a été atteint.

Seuls le boulanger et le cambusier, qui ont un logement particulier et un service tout spécial, ont éprouvé les symptômes de la grippe.

J'avais noté cette observation dans la lettre particulière que nous adressons au Directeur de la santé, à l'arrivée dans un port français. Le capitaine au long cours chargé du service sanitaire ayant lu cette lettre n'a pas jugé à propos de me la laisser transmettre, sous le prétexte que l'épidémie d'influenza était connue et que je ne signalais rien de grave.

Veuillez agréer, etc. Dr H. PAPAIL.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL.

Traitement de la furonculose.

Instituer aussi exactement que possible l'*antisepsie gastro-intestinale*, c'est-à-dire, faire prendre trois fois par jour au moins et au besoin 4 et 5 fois par jour un des cachets suivants, de préférence au moment des repas :

Naphtol pulvérisé finement..................	15 grammes
Salicylate de bismuth....	7 gr. 50

Mêlez intimement et divisez en 30 cachets.

Continuer sans interruption l'antisepsie jusqu'à la disparition complète de l'induration du dernier furoncle ; car un furoncle qui, n'ayant pas abouti, se termine par induration, résolution progressive, peut devenir le point de départ d'une poussée nouvelle par réinfection.

Evacuer chaque jour le contenu de l'intestin avec un verre d'eau purgative.

Faire plusieurs fois par jour sur les furoncles en voie d'évolution des *pulvérisations* de quelques minutes *avec une solution phéniquée* au centième.

Dans l'intervalle, tenir chaque furoncle *exactement et continuellement* recouvert d'une rondelle *d'emplâtre de Vigo cum mercurio*, dépassant largement la base du furoncle.

Ecarter de l'alimentation toutes les substances capables d'engendrer des putréfactions intestinales, gibier ou autres viandes faisandées, matières grasses en excès.

P. L. G.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous adressons nos félicitations à M. le Dr Cadet de Gassicourt, récemment élu membre de l'Académie, à la presque unanimité des votants.

— M. le Dr Tartivel, directeur de l'établissement hydrothérapique de *Bellevue*, décédé le mois dernier, est remplacé par notre distingué confrère, le Dr Raffegeau, membre du *Concours médical*.

— *Délivrance gratuite de médicaments par l'Assistance publique*. — Proposition de M. Ricard à la Chambre des députés :

« Le dépôt et la délivrance de médicaments officinaux préparés à la pharmacie d'un hôpital sont autorisés, sans le concours d'un pharmacien diplômé, dans les dispensaires, hospices et autres établissements d'assistance publique.

« Sont également autorisées dans les mêmes établissements la préparation et la délivrance des remèdes magistraux. »

— M. le Dr Delvaille, de Bayonne, membre de notre Société, est chargé d'aller, en Espagne, étudier les questions d'exercice physique et d'hygiène scolaire.

— A Bordeaux sera probablement établie en juillet l'*Ecole du service de santé de la marine*. Une installation provisoire, à peu de distance de la faculté, sera remplacée, dans un certain délai, par un monument définitif.

— Le Congrès de *Limoges*, de l'Association pour l'avancement des sciences, aura lieu du 7 au 14 août. Adresser les mémoires au secrétaire, 28, rue Serpente.— A *Londres*, le 3 juillet se tiendra le Congrès international d'hygiène et de démographie.

— Pour éviter les inconvénients que présentent pour les familles les autopsies pratiquées à la Morgue, on pense à créer un *institut médico-légal* dans le centre de Paris. On concilierait de la sorte de justes répugnances avec les intérêts de l'enseignement de la médecine légale et d'une autopsie régulière.

— En automne le ministre de la guerre convoquera 230 médecins aides-majors des deux classes et 36 médecins-majors de deuxième classe.

— Le professeur Virchow publie la note suivante en tête du 120e volume des *Archives* dont il est le directeur :

« Maintenant que nous avons été appelés à offrir notre hospitalité, nous espérons voir parmi nous des confrères de toutes les parties du monde. Ils peuvent être certains que tout sera fait pour leur rendre agréable et utile le séjour dans notre ville et dans notre pays. Nous sommes prêts à profiter de leur expérience et nous serions heureux s'ils trouvaient chez nous quelque chose qui pût servir à leur instruction. Nous n'introduirons dans les débats scientifiques et dans les réunions rien qui leur soit et qui doive leur être étranger ; nous ne blesserons ni leurs sentiments politiques ni leurs sentiments religieux. Si tous, nous nous respectons mutuellement comme confrères et aussi un peu comme hommes, il nous sera facile de surmonter toutes les difficultés. Médecine et humanité, tels doivent être les seuls buts du Congrès.

» C'est dans cet esprit que nous avons fait les *invitations* et nous espérons qu'elles seront prises de cette façon. »

(*Journal de médecine de Paris.*)

Ces déclarations et d'autres analogues, démontrent que la *Presse médicale française* avait raison, même avant ces déclarations de M. Wirchow, de conseiller d'aller au Congrès.

— En Belgique M. le Dr Van Weddinger exprime le désir de la création dans les chefs-lieux, de Bibliothèques médicales en faveur des médecins de campagne. Il en recherche l'établissement par des subventions du gouvernement et des souscriptions.

Le *Progrès médical* estime que, chez nous, il faudrait ne s'adresser qu'aux particuliers et établir les bibliothèques dans les villes importantes, dépourvues d'écoles de médecine, ou de sociétés savantes, dépourvues de bibliothèques.

Le *Concours* avait il y a plusieurs années traité cette question, à laquelle s'adjoignait la création des arsenaux chirurgicaux. Il appartiendrait au *Syndicat de la presse médicale* de rechercher si cette idée est applicable. Nous croyons qu'il ne faudrait créer que des Librairies médicales circulantes et des arsenaux chirurgicaux dans un seul centre, Paris, qui présente plus de ressources. Le prix du colis postal ne varie pas avec la distance. En conséquence un seul établissement économiserait singulièrement les frais généraux. La presse médicale et les associations médicales devraient s'unir pour patronner et mener à bien l'œuvre proposée.

— Nous avons reçu les premiers numéros d'un nouveau journal de médecine, le *Moniteur Médical*. Directeur : Dr *Delacroix*. Nous lui souhaitons la bienvenue confraternelle.

— Il vient de se former une nouvelle *Société pratique* : la *Société clinique des praticiens de France*, qui a pour but de grouper tous les praticiens et de faire connaître leurs travaux. Elle comprend des membres actifs et des correspondants, et la cotisation est de 18 fr. Il y a deux réunions mensuelles. La Société publie deux nouveaux journaux : Les *Annales de la Société clinique*, et la *Clinique Française*. Un banquet annuel et des Congrès complètent l'organisation de la Société, à laquelle nous souhaitons le succès d'autant plus volontiers que nous voyons parmi ses organisateurs, un de nos anciens collaborateurs, M. le Dr *Geoffroy*.

Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs un agréable événement qui s'est accompli dans la famille de notre Directeur. Son fils aîné, M. le Dr Henri Cézilly, vient d'épouser, mercredi dernier, à Neuilly-en-Thelle (Oise), Mademoiselle Angèle Delacour. La cérémonie a eu lieu au milieu d'un concours empressé de parents et d'amis. Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

La Rédaction.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

De l'eczéma et de son traitement par les eaux minérales et les moyens thérapeutiques ordinaires. Tel est le titre d'une brochure des plus intéressantes et des plus instructives publiée par le Dr Puy-le-Blanc, médecin consultant aux eaux de Royat.

L'anatomie pathologique et la symptomatologie de l'eczéma y sont traitées d'une façon très consciencieuse.

D'après le Dr Puy-le-Blanc, les malades sont souvent guéris, presque toujours améliorés par leur séjour à Royat. C'est d'ailleurs ce qui résulte d'une statistique faite avec soin et qui lui a donné pour 100 malades :

Guérison, au bout d'un an..............	13
(Eczémas d'origine externe pour la plupart.)	
Après plusieurs cures..................	29
Améliorations..........................	55
Pas d'améliorations....................	3

Cette étude est intéressante et nous engageons nos confrères à en faire la lecture. Elle sera certainement, pour eux, des plus fructueuses.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 25 | 21 Juin 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Les psychoses des albuminuriques. La folie brightique (1).

M. *Raymond*, après avoir rappelé que certaines affections mentales peuvent donner lieu à l'albuminurie, a insisté sur le rapport inverse qui existe entre l'urémie et l'apparition d'un délire parfois bruyant, frénétique, revêtant les allures d'un véritable accès de folie maniaque.

M. Dieulafoy a déjà réuni sous le nom de folie brightique des types très divers : manie aiguë avec hallucinations, lypémanie, délire des persécutions, délire érotique et religieux. Il disait que ces malades ne doivent pas être traités comme les aliénés par le gavage et la douche froide, mais comme des néphrétiques, par le régime lacté.

M. Raymond vient d'observer un cas de folie du doute qui lui paraît devoir être rattaché à la folie brightique. Chez la malade le parallélisme était complet entre l'intensité de l'albuminurie et la psychose. Chaque fois qu'un traitement approprié abaissait le taux de l'albumine, l'état mental s'améliorait.

Ces faits sont évidemment fort importants au point de vue thérapeutique et médico-légal.

M. Ollivier pense que les malades de MM. Raymond et Dieulafoy ne sont pas des brightiques purs, mais des gens qui ont de l'hérédité névropathique dans leurs ascendants. L'urémie a pu provoquer chez ces prédisposés la lypémanie, le délire des persécutions ou la folie du doute, mais seule elle ne l'eût pu faire sans la prédisposition. Aussi M. Ollivier blâme-t-il le mot de folie brightique.

Traitement des kystes hydatiques par les injections de naphtol.

M. *Juhel-Rénoy* rapporte un cas où une injection de 100 gr. de liqueur de Van Swieten dans un kyste hydatique après ponction et évacuation du liquide kystique provoqua des symptômes d'intoxication. Le liquide injecté avait été retiré au bout de 10 minutes. La substitution des injections d'eau naphtolée a produit les plus heureux effets. M. *Merklen* cite un fait analogue.

M. *Netter* est partisan du sublimé, mais, à la condition d'injecter une quantité de solution mercurielle égale à la quantité de liquide kystique évacué, de faire ressortir aussitôt le liquide injecté et de faire immédiatement après un lavage de la poche avec une égale quantité d'eau bouillie.

M. *Balzer* propose de substituer le benzoate de mercure aussi antiseptique, mais moins coagulant, parce que les petits caillots formés par le sublimé avec l'albumine contiennent du mercure qui se redissout plus tard et provoque l'intoxication.

M. *Merklen* dit que le sublimé doit surtout être prescrit pour les gros kystes.

M. *Chantemesse* dit qu'on peut éviter toute intoxication avec le sublimé en lavant ensuite la poche avec de l'eau salée qui dissout et entraîne le sublimé.

(1) Société médicale des Hôpitaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Typhlite et appendiculite. Péritonite appendiculaire.

(*Traitement médical et chirurgical*)

J'ai dit comment le cæcum et son appendice étaient le siège permanent d'une tentative de pénétration d'agents infectieux venus de la cavité intestinale et s'efforçant de pénétrer dans l'organisme à travers la barrière épithéliale; on a vu par quel ingénieux mécanisme l'organisme se défendait incessamment : issue des leucocytes hors des vaisseaux (diapédèse), et destruction des agents infectieux (phagocytisme) par les cellules blanches du sang et de la lymphe qui les englobent.

Naturellement ce n'est pas seulement en ce point de l'intestin qu'a lieu la lutte en question, c'est probablement sur toute la longueur; mais c'est sur ce point qu'ont été faites les études micrographiques qui nous ont appris à la connaître. C'est aussi en ce point que l'infection peut le plus aisément s'opérer parce qu'un plus grand nombre de conditions prédisposantes à l'infection se trouvent accumulées.

Avant tout, les stagnations fécales qui, en réunissant sur un même point une masse plus grande de matière fermentescible, favorisent la pullulation des microbes, et augmentent par suite la quantité de substance toxique irritante pour la muqueuse.

La majorité des pathologistes considère la *constipation* comme le facteur principal dans la genèse de la typhlite, et j'y souscris à la condition de prendre le mot de constipation dans son acception la plus large, toute rétention de matière stercorale. Car je ne crois pas qu'il faille seulement envisager les cas où les matières fécales durcies et séchées forment un bloc solide dans le cæcum et cessent pour cette raison de progresser. Ce n'est là qu'un des cas particuliers. Au moins aussi fréquents peut-être, du moins d'après mon expérience personnelle, sont les cas où il y a stagnation relative de matières fécales demi-solides ou liquides; j'ai bien souvent vu des typhlites se produire chez des individus qui allaient chaque jour à la garde-robe, sans vider complètement leur gros intestin.

Il y a donc plusieurs mécanismes dans la production des typhlites et il y en a de différents pour l'inflammation du cæcum lui-même (typhlite) et pour celle de l'appendice (appendiculite).

Ainsi les *corps étrangers*, qui sont la cause la plus fréquente d'inflammation de l'appendice (65 0/0), ne jouent qu'un rôle effacé dans la production de la typhlite (5 0/0).

Au contraire, pour celle-ci les irritations incessantes exercées sur la muqueuse par un contenu intestinal dont la composition chimique est altérée sont la cause ordinaire de l'inflammation : l'*acidité excessive de la masse fécale* est, au milieu d'autres conditions inconnues, une condition qui paraît favoriser la production d'exulcérations de la muqueuse du cæcum. Or, chez beaucoup de dyspeptiques se forment, à une période avancée de la digestion, des quantités considérables d'acide acétique comme conséquence de la suractivité des fermentations. Les exulcérations une fois formées, la pénétration des microbes dans la paroi intestinale s'accomplit avec beaucoup plus de facilité.

La lutte entre les phagocytes et les microbes ne s'en poursuit pas moins; au contraire, la diapédèse s'exécute avec une plus grande intensité; outre la diapédèse, c'est-à-dire la sortie des globules blancs hors des vaisseaux, se fait une exsudation de sérum et une multiplication des cellules fixes du tissu conjonctif ; le processus a pour résultat la tuméfaction des tuniques du cæcum, l'œdème congestif, qui ne provoque que peu de symptômes, un peu de gêne et de douleur sourde dans l'hypochondre droit.

A un degré plus avancé d'infiltration de la muqueuse et des autres enveloppes de l'intestin par l'exsudat cellulaire et humoral correspond un épaississement avec atonie de la tunique musculeuse, déjà peu contractile à l'état normal dans cette portion de l'intestin. La stagnation des matières fécales n'en peut être qu'augmentée, elles se durcissent alors et le boudin cæcal dont la constatation est familière au clinicien se trouve constitué.

Mais cet état d'*engouement cæcal* par des matières solides, qui est souvent considéré comme le début de la typhlite n'en est à vrai dire dans beaucoup de cas que la deuxième étape, la première, celle de la stagnation des matières molles ou liquides, ayant passé inaperçue. Alors on observe le tableau symptomatique de la *typhlite stercorale* tel qu'il a été décrit par Albers (de Bonn).

La résolution peut s'accomplir assez vite, si le cours des garde-robes se rétablit ; toutefois, il est plus habituel que le feuillet péritonéal qui forme la tunique séreuse du cæcum subisse un certain

FEUILLETON

L'eau filtrée dans les restaurants.

Je ne crois pas être téméraire, en annonçant qu'il se passera encore plusieurs années, avant l'adduction des eaux de l'Avre, de Verneuil et de la Vigne à Paris ; il n'y a plus d'illusions à avoir sur l'activité administrative, même lorsqu'il s'agit de résoudre promptement un problème vital de premier ordre. M. Ollivier, M. Chantemesse ont eu beau démontrer à plusieurs reprises comment l'eau de Seine sème la fièvre typhoïde, la population continuera à être décimée comme par le passé, et, avec le système de distribution de l'eau, qui permet des mélanges inqualifiables, personne ne peut se considérer comme n'étant pas en danger.

On conçoit presque que quelques Parisiens, ayant l'instinct de la conservation développé, aient renoncé complètement à s'abreuver aux réservoirs publics et ne boivent que des eaux minérales de table, de l'eau bouillie ou filtrée. Il n'est pas donné malheureusement à tout le monde d'en faire autant, mais, puisque nous ne devons guère compter sur les pouvoirs publics, chacun doit y suppléer dans la mesure de ses moyens.

Ce serait peu de s'entourer de précautions chez soi, d'installer dans son *home* les appareils filtreurs les plus perfectionnés, si, à chaque repas pris au dehors, au cercle ou dans les principaux restaurants, on était exposé à absorber des microbes pathogènes. Ils sont, en effet, d'autant plus redoutables qu'on y est moins habitué. C'est si vrai que ce sont les nouveaux venus dans Paris, les campagnards, qui buvaient de l'eau pure et respiraient dans un milieu sain, qui sont le plus vite empoisonnés par l'air municipal, par l'eau municipale, par les émanations fétides des égouts, par toutes les choses innommables, sophistiquées et chargées de ptomaïnes, que nous mangeons et que nous buvons.

Au bout d'un certain temps, on arrive à se blinder dans une certaine mesure, contre ces infiniment petits, contre ces ennemis du dedans, à la façon de Mithridate, qui, par des précautions préventives, était devenu insensible aux poisons ; mais les sujets vierges, non encore vaccinés,

degré d'inflammation qui constitue la *pérityphlite*, et si légère que soit la poussée inflammatoire, il est exceptionnel qu'elle n'aboutisse pas à la formation d'une *adhérence* entre le cæcum et la fosse iliaque.

La permanence des causes qui ont amené une première poussée de typhlite a pour résultat d'en amener bien souvent d'autres plus ou moins accentuées, et à chaque fois les adhérences entre le cæcum et les organes voisins augmentent d'étendue et de consistance ; ces adhérences ont pour effet de prévenir les perforations du cæcum ou d'en pallier les dangers. Mais c'est ici le lieu de signaler les modifications que de récents travaux ont apportées dans l'état de nos connaissances relativement à l'anatomie du cæcum.

Dans les traités classiques d'anatomie, on dit que le péritoine tapisse les faces antérieure et latérales du cæcum, mais qu'en arrière celui-ci est directement en rapport avec le tissu cellulaire sus-aponévrotique de la fosse iliaque sans interposition de la séreuse. Cette disposition étant admise, toute perforation de la paroi postérieure du cæcum devait déterminer ce que l'on appelle, dans les classiques, pérityphlite, c'est-à-dire, l'inflammation du tissu cellulaire rétro-cæcal, soit un abcès de la fosse iliaque, un phlegmon extra-péritonéal.

Mais une étude plus minutieuse de la région, dit E. Maurin, dans une thèse récente, étude faite par Trèves en Angleterre (1885), et Tuffier en France (1887), est venue démontrer que *le péritoine entoure complètement le cæcum* et le revêt aussi bien en arrière qu'en avant. La main peut en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde. Ce n'est que très exceptionnellement, 9 fois sur 120 cadavres, que le péritoine manque sur une partie, le tiers supérieur de sa face postérieure, et que l'organe est alors, en ce point, directement en rapport avec le tissu cellulaire sous-jacent.

On comprend l'intérêt qui s'attache à ces données nouvelles. Le cæcum étant ainsi tapissé dans toute son étendue par la séreuse, on ne peut plus dire aujourd'hui : toute perforation de la paroi postérieure de cet organe équivaut à un phlegmon extra-péritonéal. Semblable lésion doit au contraire déterminer une inflammation intra et non extra-péritonéale, c'est-à-dire une péritonite localisée ou généralisée, tout comme la perforation de la face antérieure.

S'il n'en est pas toujours ainsi dans la pratique, si souvent la perforation en arrière détermine un véritable phlegmon sous-péritonéal, c'est que des inflammations cæcales antérieures ont établi l'adhérence des deux feuillets péritonéaux, viscéral et pariétal, soudure à la faveur de laquelle la perforation a pu se produire en dehors de la cavité séreuse. La formation des *adhérences préventives* cadre très exactement avec ce fait que la typhlite est une *maladie à répétition*, annoncée dès longtemps par quelques douleurs passagères.

Les recherches de M. Maurin sur l'anatomie de l'appendice ont amené notre jeune et distingué collègue à repousser l'opinion des auteurs qui, comme Tillaux, Roser, Albrecht, Dautel, admettent que dans la règle une partie de l'appendice n'est pas recouverte par le péritoine et se trouve logée dans le tissu cellulaire rétro-cœcal. Sur 112 sujets de tout âge, Maurin a constamment vu *l'appendice complètement entouré par la séreuse* et tout entier libre dans sa cavité. La disposition admise jusqu'à ce jour doit donc être l'exception, et la conséquence est que dans la majorité des cas la perforation de l'appendice déterminera une péritonite localisée ou généralisée. Ce n'est que dans les conditions tout à fait exceptionnelles d'adhérences et de rapports anormaux de cet organe que l'on aura un abcès extra-péritonéal.

M. Maurin insiste encore sur la nécessité de ne plus confondre, comme on l'a fait jusqu'ici dans les traités de pathologie, sous la même dénomination de typhlite l'inflammation du cæcum et celle de l'appendice. S'il est vrai que celui-ci peut participer à toutes les affections du cæcum, très souvent cette participation n'a pas lieu. Au point de vue du pronostic, la phlegmasie du cæcum seul est souvent une affection bénigne ; celle

---

offrent un terrain de culture fort propice à l'ensemencement de tous les vibrions, de tous les bacilles, qui nous entourent.

— Donc, un homme prudent, qui a des raisons de tenir à l'existence et ne veut perdre cette habitude que le plus tard possible, devra s'assurer qu'il peut s'asseoir sans crainte à la plupart des tables, où il est convié. Je ne vise pas les maisons particulières, mais les établissements publics qui pullulent dans Paris. Or, je me suis assuré que l'eau filtrée est une chose inconnue dans les restaurants, même les plus recommandables, ceux qui ont leur enseigne sur les grands boulevards. A plus forte raison doit-il en être ainsi ailleurs.

— J'ai été plus qu'étonné de cette incurie, de cette anomalie, à laquelle il serait facile de remédier sans trop de frais. Le désir de vendre quelques bouteilles d'eau minérale ne peut entrer en balance avec les inconvénients qui peuvent résulter pour les clients de cet état de choses. Après tout, que les gargotiers fassent payer l'eau filtrée à ceux qui en désirent absolument ; mais qu'ils fournissent au moins la preuve qu'ils sont outillés à ce point de vue et que leurs appareils fonctionnent bien.

Je suis sûr que ce serait un moyen d'attirer le public, que de lui donner des assurances formelles à ce sujet. Une affiche extérieure prévenant le passant de cette précaution serait apte à inspirer toute confiance ; celui-ci se hâterait de conclure que le même souci hygiénique doit présider à la confection de la cuisine, à l'élaboration des roûts et des sauces, que des Locustes en tablier blanc combinent dans les sous-sols.

Les réunions médicales, se traduisant par des banquets réguliers, sont nombreuses à Paris ; nos confrères peuvent beaucoup pour obtenir la réalisation de la réforme que je réclame. Qu'ils insistent, chaque fois, auprès des hôteliers, pour avoir de l'eau filtrée, qu'ils appellent leur attention sur ces *desiderata*, et peu à peu les plus intelligents, ceux qui tiennent à garnir leur sacoche, ne tarderont pas à se mettre en règle. Ils trouveront des imitateurs et, du haut en bas de l'échelle, ce sera une émulation salutaire, dont nous profiterons encore plus que les marchands de robinets.

On devrait aussi avoir de l'eau filtrée dans tous

de l'appendice est au contraire presque toujours très grave.

Les phénomènes inflammatoires réactionnels, déterminés dans les tissus voisins par la première, se terminent ordinairement par une prompte guérison, tandis que ceux qu'engendre la seconde, mettent pendant longtemps la vie du malade en danger, quand ils n'ont pas une issue rapidement fatale. Les pathologistes les plus récents décrivent donc l'*appendiculite* et la *péritonite appendiculaire*, comme le fit le premier With (1884) au congrès de Copenhague.

Nous avons dit que les corps étrangers jouaient surtout un rôle dans la pathogénie de l'appendiculite. Ces corps étrangers sont de deux ordres : les uns venus du dehors, les autres formés dans l'intestin ou la vésicule biliaire.

Les premiers sont des pépins de melon, de raisin, des noyaux de prunes, de cerises, des haricots, des arêtes de poisson, des fragments d'os, des épingles, des grains de plomb, jusqu'à des cheveux et des poils de brosse à dents, agissant par eux-mêmes ou devenant le noyau de calculs, en s'incrustant de sels calcaires ou de matières fécales durcies.

Les seconds sont des calculs biliaires ou stercoraux, variant du volume d'une lentille à celui d'un noyau de datte, de consistance tantôt dure, tantôt molle. Les calculs biliaires sont en majeure partie composés de cholestérine ; les calculs stercoraux contiennent en quantité variable des matières azotées, des matières grasses, de la chaux (carbonate ou phosphate), de la magnésie (phosphate ammoniaco-magnésien) et du chlorure de sodium. Le centre est parfois occupé par un noyau, fragment de mucus desséché ou petit corps étranger venu du dehors.

Les vers intestinaux, ascarides lombricoïdes, pelotonnés en grosses masses chez des enfants peuvent jouer, mais bien exceptionnellement, le rôle de corps étrangers, mais rarement dans l'appendice, à moins que celui-ci ne soit préalablement dilaté.

Il existe normalement à l'entrée de l'appendice, une sorte de sphincter ou de repli valvulaire (valvule de Gerlach) qui doit s'opposer à l'entrée des corps étrangers dans le diverticule du cæcum. Mais, si des circonstances particulières, diminuant la capacité du cæcum, poussent et compriment son contenu dans tous les sens, contractions péristaltiques et antipéristaltiques énergiques, ou efforts trop intenses, trop prolongés (saut, course, usage excessif du vélocipède), la barrière valvulaire cède et le corps étranger fait irruption dans l'appendice.

La présence de ce corps étranger, suivant sa dimension, sa forme et sa consistance, détermine une réaction différente : très petit, il peut être toléré quelque temps, mais il grossit par l'adjonction de couches successives de matière fécale durcie ou de sels calcaires jusqu'au moment où il est assez volumineux pour exercer de dedans en dehors une compression de la paroi et une irritation des plexus nerveux sous-muqueux. Il est possible qu'un certain nombre de prétendues typhlites à répétition ne soient que la manifestation des diverses étapes de la *distension de l'appendice*, produisant quelques crises douloureuses sans gravité.

La compression des parois, mettant obstacle à la circulation sanguine, finit par amener une nécrose localisée, d'où la *perforation* ; mais il convient certainement de faire jouer un rôle à la pullulation des bactéries intestinales dans l'épaisseur des parois privées de leur résistance vitale par suite de la gêne circulatoire ; telle est la théorie de la typhlite perforante de Talamon. En l'absence même de corps étranger, la formation de thromboses microbiennes dans les capillaires de la muqueuse peut amener des pertes de substance de celle-ci, suivant le mécanisme invoqué récemment par Letulle pour la pathogénie de certains ulcères de l'estomac.

Maurin décrit trois formes cliniques d'appendiculite.

La plus fréquente est dite forme à *péritonite généralisée* ; l'autre, moins commune, est la forme à

---

les pensionnats des deux sexes ; mais c'est un progrès qui n'a pas semblé jusqu'ici, d'une nécessité pressante aux directeurs et aux directrices. Ils ne sont pas dans le mouvement, voilà tout.

Ce que je viens de dire de la nécessité d'avoir une eau filtrée, aussi irréprochable que possible, doit également s'appliquer aux siphons que l'on charge d'acide carbonique, d'oxygène, etc.., dont beaucoup de Parisiens usent à tort, du reste, d'une façon à peu près continuelle.

La glace à rafraîchir elle-même offrirait plus de garanties d'innocuité, si elle était obtenue avec de l'eau bien pure.

C'est dire qu'il faut condamner, de la façon la plus formelle, pour l'usage interne, la glace recueillie sur la Seine ou dans des ruisseaux contaminés. Pourtant, on a pu voir, en décembre 1889, les employés des glacières de Saint-Denis, enlever la glace sur l'étang de la Briche, dont l'état d'infection est tel que les riverains ont dû déménager. Il reçoit les eaux provenant d'une usine, où s'opère l'épuration des alcools au moyen des hydrocarbures, et les émanations qui s'en dégagent ont donné lieu à de nombreuses plaintes.

Le comité d'hygiène s'est ému d'une pareille incurie et il est bien extraordinaire que dans une ville civilisée, importante, à proximité de Paris, on puisse constater des pratiques aussi funestes. Car enfin il est démontré que beaucoup de germes putrides et de ptomaïnes conservent leur virulence et leur activité, même après la congélation du liquide qui les renferme. On conçoit combien une pareille notion doit rendre réservé et prudent.

A la Société de médecine des hôpitaux, plusieurs médecins, entre autres M. Chantemesse, ont montré les rapports de la fièvre typhoïde avec l'eau d'alimentation. L'influence typhogène de l'eau de la Seine ressort très nettement du tableau qui suit des entrées par fièvre typhoïde, dans les hôpitaux.

A la fin d'octobre 1889 survient la rupture d'une conduite. Du 31 octobre au 5 novembre l'eau de Seine est substituée à l'eau de Vanne dans toute la ville. Et alors on a

Du 27 octobre au 2 novembre, 36 entrées.
Du 3 novembre au 9 novembre, 40 entrées.
Du 10 novembre au 16 novembre, 95 entrées.

péritonite localisée ou enkystée; enfin la troisième, la plus rare, peut être appelée forme à *abcès pérityphlitique*.

La première offre le tableau de toutes les péritonites par perforation d'autres organes. Début soudain, sans prodromes, douleur extrêmement vive, rapidement étendue à tout l'abdomen, parfois syncopale. Pas d'empâtement ou à peine, encore moins de tumeur, mais ballonnement généralisé. Partout du tympanisme, sauf cependant dans les cas où il existe un épanchement considérable de liquide purulent, il peut exister alors de la matité dans les deux fosses iliaques et à la région hypogastrique. Les nausées et les vomissements se répètent sans relâche, la constipation est opiniâtre. Ce sont des cas qui sont assez souvent confondus avec l'étranglement interne. La mort arrive du 2e au 4e jour.

Dans la péritonite appendiculaire localisée, la douleur est aussi vive, mais moins diffuse. Son signe distinctif est la présence, au voisinage de la fosse iliaque droite, d'une tumeur ou d'un empâtement plus ou moins appréciable par l'inspection, la palpation, la percussion, le toucher rectal ou vaginal. Les vomissements sont peut-être moins fréquents, mais la constipation est aussi persistante que dans la forme précédente. L'évolution est moins rapide. Une rémission de 12 ou 24 heures est observée assez souvent le 2e ou le 3e jour, due sans doute à l'obstacle que les fausses membranes opposent à la marche envahissante de l'inflammation. La durée peut être de 12, 15 jours et plus. La mort n'est pas fatale; on a le temps d'intervenir chirurgicalement; et même la guérison peut se faire spontanément par l'ouverture du foyer à l'extérieur à travers les parois abdominales, ou dans l'intestin, la vessie, le vagin.

L'abcès pérityphlitique est la forme la plus bénigne, mais la plus rare; sa description est celle de la pérityphlite proprement dite et par suite classique.

Les formes précédentes peuvent se combiner: ainsi au cours d'une péritonite généralisée ou localisée; on peut voir apparaître, par suite de l'ulcération de la séreuse au niveau du foyer originel, les symptômes d'un abcès pérityphlitique avec fusées s'étendant derrière le rein et jusque sous le foie; dans d'autres cas à un abcès pérityphlitique succédera une péritonite.

Signalons deux complications rares: la *pleurésie purulente*, par perforation du diaphragme ou par simple propagation de l'infection par les lymphatiques du diaphragme, et la *pyléphlébite suppurative* avec petits ou grands abcès du foie.

Le TRAITEMENT des typhlites et des appendiculites comporte deux parties, la partie médicale et la partie chirurgicale.

De grands changements aux enseignements classiques ont été apportés dans la première. Jadis la constatation ou même la supposition d'une typhlite équivalait à l'administration de purgatifs. Aujourd'hui tous les maîtres sont d'accord pour les proscrire dans la typhlite et dans l'appendiculite: en provoquant des contractions péristaltiques excessives, en accroissant la pression intra-intestinale, ils ont pour effet de provoquer la perforation, si elle n'existe pas encore, ou de généraliser la péritonite, si la perforation est réalisée.

Les mouvements de l'intestin étant l'agent principal de la dissémination des microbes épanchés dans la séreuse, c'est à *immobiliser l'intestin* qu'il faut songer tout d'abord. On y arrive par l'emploi de l'opium à haute dose, sous forme de pilules d'extrait thébaïque ou mieux d'injections de morphine. On suspend toute ingestion abondante de liquide pour ne permettre qu'une cuillerée à café d'eau glacée tous les quarts d'heure. On applique sur le ventre une couche d'onguent napolitain et une vessie de glace.

S'il n'y a pas de probabilités de perforation, on fera l'antisepsie interne par les cachets de naphtol et de salicylate de bismuth pris plusieurs fois par 24 heures.

Quand les accidents paraîtront s'amender, on donnera avec grande lenteur et précaution des irrigations intestinales d'eau naphtolée tiède (0 gr., 20 pour 100) qui peu à peu amèneront la

---

Du 17 novembre au 23 novembre, 77 entrées.
Du 24 novembre au 30 novembre, 185 entrées.
Du 1er décembre au 7 décembre, 189 entrées.

Il y a même lieu de s'étonner de la grande vulnérabilité dont témoigne la population Parisienne, qui devrait pourtant posséder une certaine dose d'immunité, chaque fois qu'on lui donne de l'eau de rivière.

A la Société d'hygiène publique, dans la séance du 27 décembre 1889, M. Schneider a montré, chiffres en main, la diminution progressive de la fièvre typhoïde dans la garnison de Paris, depuis qu'on a amélioré les conditions hygiéniques des troupes et surtout, depuis que les soldats ont à leur portée et en abondance de l'eau de source irréprochable.

Ce qui le démontre, dit-il, c'est que toutes les fois que l'on a substitué l'eau de rivière à l'eau de source, il y a eu invariablement, trois semaines plus tard environ, une recrudescence ou une apparition de la fièvre typhoïde chez les troupes.

C'est ainsi que par des observations soigneusement recueillies au Ministère de la guerre, la direction du service de santé a été inévitablement amenée à attribuer 75 cas de fièvre typhoïde et 8 décès pendant le troisième trimestre de 1889 à cette substitution.

Est-ce à dire que la souillure des eaux potables constitue l'unique cause de l'entretien de la fièvre typhoïde dans les grandes agglomérations, et que le seul effort de la prophylaxie doive consister à faire distribuer des eaux de boisson absolument pures ? Sans doute l'eau est le véhicule le plus ordinaire, le plus important peut-être, le plus redoutable assurément du germe typhique; mais personne, même parmi les partisans les plus résolus de la propagation de la maladie par les eaux potables, n'a songé à soutenir que cette condition étiologique suffisait à expliquer tous les cas de dothiénentérie. On admet et on sait, au contraire, que l'agent pathogène peut et doit résider en des milieux différents, où nous risquons de le puiser par des procédés multiples.

Raison de plus pour chercher à s'en garantir, là où l'on sait qu'il existe !.

Dr GRELLETY.

désobstruction du cæcum. Mais, encore une fois, *jamais de purgatifs dans une typhlite* qu'on peut soupçonner d'être compliquée de péritonite et d'appendiculite.

La partie chirurgicale est une ressource devant laquelle on ne doit plus reculer aujourd'hui avec les progrès de la chirurgie antiseptique. Si les moyens médicaux n'arrêtent pas rapidement les accidents, si le processus péritonitique paraît poursuivre sa marche envahissante, il faut intervenir sans retard chirurgicalement, avec l'antisepsie rigoureuse et j'emprunte à Maurin la description des modes d'intervention.

« Nous distinguerons trois cas.

S'il s'agit de la forme à abcès pérityphlitique, c'est-à-dire de celle dans laquelle le foyer est extra-péritonéal, l'incision sera faite sur la partie saillante de la tumeur, d'une manière générale, parallèle à l'arcade de Fallope, ou pour mieux préciser, en suivant le tracé de l'incision usitée pour la ligature de l'iliaque externe. On lui donnera une longueur de 12 à 15 centimètres et plus, si besoin est. L'aponévrose sera incisée d'abord dans la partie externe de la plaie cutanée ; le doigt, introduit par cette boutonnière, et recourbé en dedans, s'assurera que l'intestin n'adhère pas à la paroi ; c'est alors seulement que l'incision sera complétée. Le pus une fois évacué, on se renseignera à l'aide du doigt sur la situation de l'appendice. Ce dernier est-il facilement accessible, on le sectionnera, après ligature à sa base, afin d'éviter une fistule pyo-stercorale. Sa recherche paraît-elle, au contraire, laborieuse, on ne s'acharnera pas à en opérer l'excision dans la crainte de provoquer des accidents de péritonite : on le laissera tel quel dans le foyer. Weir pense que l'on ne doit pas redouter, dans ces cas, outre mesure, une fistule permanente. Il a vu la cicatrisation se faire bientôt et amener l'oblitération du canal. On sera, du reste, toujours à temps pour pratiquer une opération complémentaire, si c'est nécessaire.

L'opération est complétée par un drainage et un pansement antiseptique. Ce mode d'intervention a donné à Roux (de Lausanne) six guérisons sur six cas.

La ponction exploratrice, conseillée par certains chirurgiens pour s'assurer, avant l'opération, de la présence ou de la situation du pus, est rejetée par beaucoup d'autres comme inefficace, inutile et dangereuse.

Si au lieu d'un abcès pérityphlitique, on est en présence d'une péritonite localisée, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours. L'incision sera faite soit latéralement, à droite, sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen, soit sur la ligne médiane et mieux encore, comme pour l'abcès pérityphlitique, sur le point saillant de la tumeur. Les tissus seront sectionnés, couche par couche, jusqu'au péritoine, qui sera ensuite ouvert avec précaution. Le foyer est-il superficiel, adhérent à la paroi abdominale, on l'incisera directement, en protégeant, pendant l'évacuation du liquide, les anses intestinales. Est-il au contraire situé plus profondément à une certaine distance de la paroi, on ira à sa recherche en écartant délicatement avec les doigts les anses intestinales agglutinées, et on ouvrira sa cavité avec l'index. Comme précédemment, l'appendice serait laissé en place, si son excision présentait quelque difficulté. Lavage, drainage et pansement antiseptique.

Dans la péritonite généralisée, l'incision médiane doit être préférée. De grands lavages seront faits avec des solutions antiseptiques non toxiques (eau naphtolée, eau boriquée bouillie), et deux drains seront placés l'un dans la fosse iliaque droite, l'autre dans le petit bassin. Malheureusement, quel que soit le soin apporté à cette opération, cette forme est la plus décourageante de toutes. D'après Weir, sur 25 cas, un seul aurait guéri. Le résultat est plus favorable dans les formes à péritonite circonscrite. Fitz donne sur 14 cas 9 guérisons.

Il le serait encore bien plus d'après Noyes, qui rapporte 85 guérisons sur 100. Mais nous devons reconnaître que sa statistique porte à la fois sur des abcès pérityphlitiques proprement dits et des péritonites localisées.

Le moment où l'on intervient a, du reste, une grande importance dans le résultat de l'opération. A cette question : *quel jour faut-il opérer ?* on ne peut donner de réponse ferme. Les cas diffèrent trop pour cela. C'est à la clinique de poser les indications précises. D'une manière générale, on peut résumer, comme suit, la conduite à tenir :

Les délais les plus longs, 10, 12 jours et plus, sont permis dans les formes à abcès pérityphlitique, ou encore dans la variété plastique de la péritonite localisée. Une intervention précoce sera nécessaire dans les variétés exsudatives, c'est-à-dire franchement purulentes de la péritonite localisée et surtout généralisée. Souvent, en attendant 24, 48 heures, on arrivera trop tard. On doit toujours avoir présent à l'esprit le danger imminent de la transformation d'un abcès pérityphlitique en péritonite, ou d'une péritonite enkystée en péritonite généralisée. L'abstention pour la laparotomie ne pourrait être justifiée que par l'état de collapsus ou de faiblesse extrême du malade. »

Comme le dit M. Bouchard, dans la première de ses leçons sur la Thérapeutique des maladies infectieuses, de nos jours le médecin doit être toujours doublé d'un chirurgien.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Statistique générale des décès en France.

A M. le Directeur de l'hygiène et de l'Assistance publique de France.

Monsieur le Directeur,

Je reçois, aujourd'hui, la statistique très exacte et très instructive des décès de l'arrondissement de Senlis, dressée par M. le Dr Pauthier pour 1888 et 1889.

Voilà *quarante ans* que, dans le département de l'Oise, tous les décès sont constatés par le médecin traitant.

Vous pouvez apprécier, Monsieur le Directeur, l'intérêt qu'il y aurait à dresser la statistique de la mortalité de la France entière.

Vous seul pouvez savoir si tous les départements exigent les constatations des décès et dans la négative l'obtenir. Ce qui se fait depuis si longtemps dans l'Oise, peut se faire partout.

Vous avez et vous aurez à demander bien des sacrifices aux médecins pour les organisations d'hygiène et d'assistance que vous préparez.

En 1888 et en 1889, il y a eu dans l'arrondissement de Senlis, sur 97.820 habitants, une moyenne de 2,250 décès. Les constatations, faites par les médecins, importent à la sécurité publique et privée ; elles sont, en outre, l'occasion d'un honoraire médical qui, au prix de 3 ou 5 fr. par constatation, en tenant compte des constatations gratuites, doit représenter chaque année une somme de 7 à 8,000 francs.

Nous vous demandons, M. le Directeur, au nom du corps médical, d'essayer d'obtenir les constatations partout et d'en faire publier chaque année les statistiques.

A. C.

Nous donnons les formules et le mode de procéder employés, tout récemment, dans le département de la Charente-Inférieure.

En présence de l'intérêt général qu'aurait l'établissement d'une statistique ; considérant que les formules ne demandent que quelques instants de rédaction ; que les certificats de décès, ainsi rédigés, seront plus facilement rémunérés par les clients ; que la franchise postale est acquise au double destiné à la statistique ; que ce double sauvegarde *absolument* la question du secret professionnel, puisque ceux qui les recevront seront tenus au même secret que le médecin, etc., nous engageons vivement nos confrères à réclamer dans leurs départements des formules semblables à celles de la Charente.

Voici 1° le certificat à conserver par la Mairie ; 2° le certificat *statistique* adressé à la préfecture ; 3° le libellé de la suscription de la lettre d'envoi de ce deuxième certificat.

CLOS PAR NÉCESSITÉ
Le Maire,

STATISTIQUE DES DÉCÈS

Monsieur

Le Préfet de la Charente-Inférieure,

LA ROCHELLE

ADRESSE

A (1)
CERTIFICAT DE DÉCÈS.

ANNÉE 189 .

DÉPARTEMENT DE LA CHARENTE-INFÉRIEURE

Arrondissement d ——————

Commune d ——————

Nombre d'habitants : ——————

Le docteur en médecine soussigné,

Certifie que M ——————

Né à ——————

Fils de ——————

Etat-civil : ——————

Est décédé à la date du —————— 189 .

L'inhumation doit avoir lieu dans un délai :

1° Ordinaire ;

2° Plus tôt que d'habitude (fixer le délai).

Le —————— 189 .

Le Médecin,

(1) Le certificat A doit être conservé par le Maire ; il ne fait pas mention de la cause du décès.

NOTA : Le tableau B ne renferme pas l'indication du nom du décédé ; il est remis sous pli cacheté au Maire de la commune, qui l'adresse à la Préfecture ; le secret médical est par conséquent sauvegardé.

B (1)
STATISTIQUE DES DÉCÈS.

ANNÉE 189 .

DÉPARTEMENT DE LA CHARENTE-INFÉRIEURE

Arrondissement d ——————

Commune d ——————

Nombre d'habitants : ——————

Sexe du décédé : ——————

Age : ——————

Etat-civil : ——————

Mois du décès : ——————

Cause de la mort : ——————

Cause de la maladie : ——————

Observations du médecin : (2) ——————

Le Médecin.

(1) Le bulletin B doit être remis sous pli cacheté au Maire qui l'adresse à la Préfecture.

(2) Hérédité, contagion, tout ce qu'il jugera utile de relever au point de vue scientifique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la coqueluche par les lavements de gaz acide carbonique.

La coqueluche, de même que les diverses toux spasmodiques, est justiciable des lavements d'acide carbonique.

Sans vouloir décrire ici le rôle des micro-organismes dans la genèse de cette affection, ni mettre en relief sa ténacité habituelle, je me bornerai à relater une observation que je crois probante, de l'efficacité, contre cette maladie, du gaz carbonique donné par la voie rectale.

Le sujet de mon observation est un enfant de dix ans, robuste et parfaitement constitué, auprès duquel je fus appelé pour une coqueluche dont les signes pathognomoniques remontaient à quinze jours. Avant cette époque il y avait un peu de toux, de malaise général et de courbature ; mais la maladie n'était franchement déclarée que depuis quinze jours.

A ma première visite, les parents m'accusent de 17 à 20 quintes dans les 24 heures, et d'une durée moyenne d'une minute ; je suis moi-même témoin d'une, qui s'est prolongée une minute et demie, avec accompagnement de vomituritions glaireuses, filantes et cris de coq à l'inspiration ; bref, il n'y avait aucun doute à conserver sur la nature de la maladie. Pouls, légèrement fré-

quent, râles sibilants et ronflants en abondance ; quelques râles muqueux disséminés dans tout le thorax, appétit intact, mais émaciation de l'enfant qui ne garde pas, ou à peu près pas, ses aliments, en raison de ses accès de toux qui provoquent régulièrement les vomissements après les repas ; les yeux sont larmoyants, la face vultueuse, céphalée frontale persistante ; tel est l'état que me présente mon petit malade, et qui me détermine à proposer aux parents le traitement par les lavements gazeux. Nous convenons de commencer dès le lendemain 2 juillet.

Ce jour, 1er lavement, le matin, de 3 litres de gaz carbonique, préparé avec bicarbonate de soude et acide sulfurique ; il a fallu 45 minutes pour faire prendre le lavement ; aucune autre médication n'est instituée.

Le soir, second lavement de 5 litres de gaz, que j'avais pris à Vichy au captage du puits Chomel ; en 20 minutes le gaz était passé sans la moindre colique, léger ballonnement du ventre pendant un quart d'heure environ, l'enfant dîne et ne tousse pas après.

Le 3. — Nuit bonne, 2 quintes, il y en a eu 8 dans la journée précédente, ce qui fait 10 dans les 24 heures. Deux lavements de 6 litres chaque, de gaz de Vichy qui passent en 12 à 15 minutes chacun sans la moindre colique.

Le 4. — Il y a eu 8 quintes dans les dernières 24 heures, mais pas de vomissements alimentaires. N'ayant plus de gaz de Vichy, j'en prépare comme pour la première fois ; il faut 50 minutes pour 6 litres ; le ballonnement persiste environ une heure, quelques coliques assez violentes.

Le 5. — 3 quintes depuis la veille, deux lavements de gaz préparé, encore des coliques, et longueur de l'absorption du gaz.

Le 6. — 2 quintes dans les dernières 24 heures. Nous reprenons le gaz de Vichy, opération en 10 minutes ; le matin, de même que le soir, pas de coliques.

Le 7. — L'enfant n'a pas toussé, je continue les jours suivants, en observant toujours, que le gaz préparé chimiquement, avec tous les soins possibles, donne des coliques et demande plus longtemps pour être absorbé, tandis que le gaz de Vichy passe plus rapidement et sans douleur ; la toux se reproduit de temps en temps, mais elle a perdu de son intensité, les quintes sont de beaucoup réduites, le cri de coq tend à disparaître, il n'est plus question de vomissements.

Le 10. — L'enfant n'ayant plus toussé depuis deux jours, et ma provision de gaz de Vichy étant épuisée, je suspends le traitement ; la toux revient par accès trois fois dans les 24 heures.

Cette récidive me fait reprendre le traitement, que je cesse définitivement le 22. A cette époque, il n'y a plus le moindre signe stéthoscopique, l'enfant a repris toute sa turbulence, il sonne du clairon et court à en perdre haleine sans tousser ; ses parents l'emmènent passer un mois à la mer, il se baigne tous les jours, et me revient sans avoir toussé une seule fois.

Cette observation démontre donc : 1° Que le gaz carbonique jouit bien en réalité d'une action sédative sur le poumon.

2° Que le gaz carbonique, pris à une source minérale, est plus facilement absorbé par l'intestin que le gaz préparé chimiquement avec toutes les minuties et précautions possibles.

Deux faits que je m'attache surtout à mettre en évidence.

En effet, nous voyons, dans cette observation, une coqueluche assez intense, puisque nous y retrouvons des signes de bronchite généralisée, et un nombre respectable de quintes, presque une par heure, et provoquant presque toutes l'expulsion des aliments : cette coqueluche a cédé à un traitement de 20 jours, sans déplacement et sans aucune autre médication. Il est donc bien évident que c'est l'acide carbonique qui a agi seul ici, car la coqueluche ne disparaît pas toute seule, que je sache, en 20 jours.

Le second point est tout aussi évident. C'est un fait d'observation, que le gaz naturel passe beaucoup mieux que le gaz artificiel ; aussi ne peut-on le discuter ; mais à quoi cela est-il dû ? Telle est la question qui se pose, encore bien difficile à résoudre d'une façon convaincante.

Mais, en attendant que l'on puisse clairement et indiscutablement établir la raison matérielle de cette propriété du gaz naturel, on ne saurait trop en conseiller l'emploi, chaque fois que la chose sera possible. Pour ma part, je ne négligerai rien pour attirer l'attention sur le parti que l'on peut tirer du gaz carbonique naturel.

Dr de Lamallerée.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Histoire de l'Organisation d'un Syndicat.

Nous reproduisons l'historique de la constitution du syndicat du Morbihan d'autant plus volontiers qu'il peut servir de modèle à ceux de nos confrères qui désirent créer une association semblable. Nous adressons nos félicitations aux organisateurs de ce syndicat qui vient de demander son affiliation à l'Union des syndicats.

Monsieur et honoré Confrère,

Dans la dernière réunion de l'Association médicale du Morbihan, la proposition d'un Syndicat départemental ayant pour but la défense des intérêts professionnels du corps médical, a été mise en avant par M. le Dr Cousyn, Médecin à Lorient, et a réuni l'assentiment unanime des Membres présents.

Pour éclairer votre religion sur la haute importance de la création d'un Syndicat départemental, nous ne croyons mieux faire que de mettre sous vos yeux l'appel adressé aux confrères du Finistère dans le même but, par les Médecins de Brest, appel dans lequel vous trouverez exposées d'une manière remarquable la situation faite actuellement au corps médical et les raisons qui nécessitent une entente commune pour lutter contre les divers envahissements de la profession.

Dans cette même séance de l'association médicale du Morbihan, à la suite de la proposition de M. le Dr Cousyn, un bureau provisoire, composé de :

MM. Cousyn, *Président*,
Moras, *Trésorier*,
Le Moyne, *Secrétaire*,

a été nommé pour jeter les bases du Syndicat morbihannais et élaborer un projet de Statuts.

Les Membres de ce bureau ont l'honneur de vous faire parvenir le travail qu'ils ont préparé en commun et qu'ils désirent soumettre à la discussion, dans une réunion générale qui aura lieu à Lorient, le samedi 3 décembre, *Hôtel de Bretagne*, à une heure de l'après-midi.

Dans l'espoir que vous voudrez bien vous joindre à eux, ils ont l'honneur de vous inviter à cette réunion et vous prient d'agréer l'expression de leurs sentiments confraternels.

Les Membres du bureau provisoire,
Cousyn, Moras, Le Moyne.

Brest.

Monsieur et cher Confrère,

Vous n'êtes peut-être pas sans connaître l'effort qui se fait sous le nom du Journal le *Concours médical* dans le but d'unir l'action individuelle des Médecins qui croient avoir quelque chose à réformer dans les conditions présentes de la pratique.

Nous sommes convaincus que c'est seulement par une synergie puissante, exclusivement confraternelle et sincèrement dévouée à *tous* les intérêts mûrement débattus de la profession — que les Médecins arriveront à sauvegarder leur position. — C'est parce que nous la trouvons envahie par l'exercice illégal sous mille travestissements, — exploitée par les diverses administrations, — menacée par l'organisation et les exigences croissantes des sociétés coopératives, — non moins que par l'indifférence des magistrats, — et, à leur exemple, par une grande partie du public, — que nous venons vous prier de vous joindre à nous pour former un Syndicat départemental, agrégé au Syndicat général de France.

Notre but n'est pas le même que celui de l'Association générale, dont un grand nombre d'entre nous restent les sympathiques partisans, — sans pour cela renoncer à poursuivre parallèlement d'autres revendications ; — l'Association générale, par son passé tout d'action charitable, par son attitude expectante, due sans doute au caractère que lui a imprimé l'autorisation officielle, — s'est positivement renfermée jusqu'ici dans des actes de prévoyance et de secours mutuels — et ne nous semble pas jouir de l'indépendance, ni pouvoir s'imposer l'activité qu'exige la situation présente.

Or, de toutes parts la profession médicale est débordée :

Ici, par l'exercice que pratiquent, au vu et au su des magistrats, les empiriques de toutes classes :

Rebouteurs et sorciers,

Gens du monde qui se targuent d'être guérisseurs et prônent aveuglément telle panacée que plusieurs étiquettent à leur nom ;

Ordres religieux, dont la prolifération incessante fait entrevoir le moment où la Médecine rurale échappera complètement aux Médecins ;

Pharmaciens qui, dédaigneux des scrupules dont s'honorent plusieurs de leurs confrères, et non contents de bénéficier sans objection de l'exercice illégal qui s'épanouit à nos dépens, réclament en fait et à cette heure ouvertement sous prétexte de se défendre contre une humiliation imaginaire (qui n'est après tout que la réglementation de leur industrie) une loi qui leur permette d'adjoindre à leur Monopole la liberté, déjà très suffisamment pressentie, d'exercer eux-mêmes l'art de guérir ;

Là, par le surcroit d'occupations que nous imposent (quelquefois à notre sollicitation, il faut bien l'avouer) les divers services administratifs bureaux de bienfaisance, vaccination, douanes, chemins de fer, etc..., services qui, par une fâcheuse tradition, ont pris vis-à-vis des Médecins l'habitude d'une rémunération insuffisante ;

Ailleurs, faisant la sourde oreille aux doléances répétées des Sociétés locales des Médecins, c'est la magistrature, toujours prompte à réclamer leur coopération, la Loi à la main, et cela sans vouloir hausser une taxe d'honoraires devenue dérisoire et humiliante; souvent même en s'armant d'une amende menaçante, — rarement, mais encore trop fréquemment appliquée ;

Partout, c'est le public qui, — soit dans les Sociétés coopératives, ne songe au Médecin que pour faire une charité bruyante à ses dépens — et multiplier ses charges sans lui en tenir un compte sérieux, — soit individuellement, prétend avoir à ses ordres des Médecins toujours au courant d'une science sans cesse en progrès, mais sans consentir à suivre dans le règlement de leurs honoraires ni la progression ni la ponctualité que commande à tous le renchérissement universel de toutes choses ; — en effet, sur qui pèsent plus péniblement que sur le Médecin et sa famille les charges de plus en plus lourdes et préalables à toute compensation qui résultent des frais de son éducation spéciale, de son établissement et de son fonctionnement, avec convenance et régularité ?

N'est-il pas temps d'éclairer enfin le public ; de lui faire sentir — que le Médecin, traité par le préjugé social et en définitif par la loi elle-même, comme un industriel patenté, auquel chacun croit pouvoir s'adresser quelque peu impérativement, doit au moins être mis par le fait sur le même pied que ceux auxquels la loi l'assimile, et que la plus vulgaire équité réclame pour lui des procédés pour le moins aussi corrects, que ceux dont on trouve bon d'user avec ses fournisseurs et ses hommes d'affaires ?

Telles sont les réflexions, Monsieur et honoré Confrère, sous la pression desquelles nous avons pensé que les Médecins devraient enfin, — saisissant l'occasion qu'ils n'ont point recherchée, mais que leur crée l'agitation que l'on mène à propos du projet de loi élaboré par le Conseil d'État, — s'unir pour affirmer leurs droits trop longtemps méconnus.

Quelles que soient les flatteries dissolvantes ou les dénigrements calculés à l'aide desquelles le public, tablant sur nos rivalités, s'efforce de jeter la désunion dans le corps médical, ne pensez-vous pas que ses membres n'ont pas à garder plus d'illusions sur la valeur pratique de l'isolement professionnel que de défiances à éprouver contre l'action commune préparée, discutée, entreprise et poursuivie avec persévérance et au grand jour ?

S'il en était ainsi, nous serions heureux de vous voir vous adjoindre à nous et nous vous prierons de nous adresser votre adhésion dans la forme que le projet ci-joint de nos statuts vous fera connaître.

Ordre du jour de la 1re séance.

Lecture et discussion du projet de Statuts ;
Election du Bureau central et des Bureaux de groupe ;
Honoraires médicaux, tarif minimum ;
Recouvrements.

Au début de la séance, le Trésorier se tiendra à la disposition des Médecins qui voudront bien s'inscrire comme Membres du Syndicat. Les Confrères qui ne pourront s'y rendre sont priés d'adresser leur cotisation pour le 2 Décembre au plus tard, à Monsieur le Dr MORAS, rue Traversière, 18, à Lorient.

NOTA. — Un Banquet confraternel réunira les Membres présents à l'issue de la séance.

Liste des Membres ayant déjà adhéré au Syndicat :

MM. Fatou, D.-M. à Lorient. — Cousyn, D.-M. à Lorient. — Champenois, D.-M. à Guémené. — Blanche, D.-M. à Vannes. — Goupil, D.-M. à Ploërmel. — Gressy, D.-M. à Carnac. — Boucher O.-S. à Carentoir. — Nouet, D.M. à Redon. — Eonnet, D.-M. à Auray. — Jacolot, D.-M. à Lorient. — Jardin, D.-M. à Auray. — Guillevin, D.-M. à Hennebont. — Lefranc, D.-M. à Carnac. — Eon, D.-M. à Vannes. — Fouquet, D.-M. à Vannes. — De Closmadeuc, D.-M. à Vannes. — Gicquel, D.-M. à Vannes. — Moras, D.-M. à Lorient. — Thomeuf, D.-M. à Lorient. — Waquet, D.-M. à Lorient. — Juhel, D.-M. à Rochefort-en-Terre. — Lemoyne, D.-M. à Lorient. — Martin, D.-M. à Lorient. — Lequerré, D.-M. à Lorient.

Syndicat des médecins du Morbihan

STATUTS PROVISOIRES

ASSOCIATION PROTÈGE.
ASSOCIATION OBLIGE.

I. — Le but poursuivi par les Médecins réunis en Syndicat est de mettre en commun leur expérience, leur activité et leur savoir, pour se soutenir réciproquement dans l'exercice de leur profession.

Ils se proposent surtout :

1° De poursuivre avec persévérance la répression de l'exercice illégal de la médecine ;

2° D'aviser à tous les moyens propres à maintenir la pratique médicale à la hauteur intellectuelle et philanthropique comme au niveau de la considération publique qui lui convient.

II. — L'adhésion au Syndicat existe du moment où un Médecin s'est inscrit lui-même sur l'Annuaire de la réunion, ou fait inscrire par autorisation écrite et transmise à l'un des membres du bureau, — et qu'il a versé la cotisation votée annuellement entre les mains du Trésorier qui en donne reçu.

Tout retard dans ce versement annuel excédant trois mois, après avis du Trésorier, entraîne la radiation du confrère oublieux de ses devoirs à l'égard du Syndicat.

III. — Le Syndicat comprend tous les Docteurs en médecine ou Officiers de santé du département qui voudront bien y adhérer.

Il est subdivisé en quatre groupes ayant leurs sièges aux chefs-lieux d'arrondissement.

Chaque groupe sera administré :

Par un Syndic chef de groupe,
Par un Trésorier,
Par un Secrétaire,

qui seront chargés de centraliser l'action des membres de leur arrondissement, de se tenir en relation constante avec le Président du Syndicat en lui soumettant l'appréciation des faits irréguliers ou accidents de la pratique survenus dans leur groupe, les désirs ou les besoins qui s'y sont révélés, d'assurer enfin aux confrères aux prises avec les difficultés professionnelles l'appui effectif du Syndicat tout entier.

Le Syndicat départemental, dans son ensemble, est représenté par un bureau composé

D'un Président,
Des quatre Chefs de groupe,
D'un Secrétaire et d'un Trésorier général.

IV. — Le bureau départemental sera élu à la majorité des votes exprimés, à la condition que cette majorité soit au moins égale au quart des membres inscrits au Syndicat. Les bureaux de groupe seront élus à la majorité des votes exprimés ; toutefois cette majorité devra égaler au moins la moitié du nombre des membres adhérents de l'arrondissement.

Les Membres qui n'auront pu assister aux séances pourront transmettre leurs votes sous pli cacheté.

Les fonctions conférées sont triennales.

V. — Le Syndicat départemental aura chaque année une réunion générale.

Cette réunion aura lieu alternativement au chef-lieu des quatre arrondissements.

Il appartiendra toutefois au Président de déterminer, après s'être concerté avec les Syndics de chaque groupe, l'époque, le lieu et le nombre des réunions générales extraordinaires qui lui paraîtraient opportunes.

VI. — Le Syndicat du Morbihan admet dans son sein tous les médecins des départements voisins qui adhèrent à ses statuts et le Président aura qualité pour unir, dans le cas où cela serait jugé nécessaire, le Syndicat médical du Morbihan avec les Syndicats voisins ou le Syndicat général de France.

Un délégué pourra être nommé en séance générale ou par le bureau central pour représenter le Syndicat du Morbihan aux réunions des Syndicats étrangers.

VII. — Le Président reçoit, conserve et classe, pour être utilisés dans les discussions ou publications ultérieures, tous les documents que lui adresseront les membres du Syndicat ; ceux-ci pourront être séparés de la lettre d'envoi qui serait confidentielle. Ils ne seront pas signés de façon à n'avoir qu'un caractère impersonnel.

VIII. — Au bureau central appartient le droit de décider l'impression et la publication de tel document qu'il juge utile de répandre avec uniformité et détail ; et, dans ce but, de faire à la caisse du Syndicat un emprunt dont il rend compte à la séance suivante.

IX. — La date, l'heure et le lieu de chaque réunion seront annoncés dix jours à l'avance par avis spécial, résumant l'ordre du jour adopté par le bureau central.

X. — Chaque membre ayant pris la parole est prié de laisser au secrétaire un résumé écrit de sa communication, pour aider à la rédaction exacte du procès-verbal.

XI. — Après chaque séance générale le procès-

verbal sera imprimé et adressé à chaque membre du Syndicat dans le plus bref délai.

XII. — Nul ne peut assister aux réunions s'il n'est médecin adhérent au Syndicat du Morbihan ou agrégé à un Syndicat médical étranger.

XIII. — La cotisation annuelle est fixée à dix francs. La moitié de cette cotisation sera versée à la caisse générale.

XIV. — *Discipline*. — Ses moyens sont :

Le rappel à l'ordre articulé par le Président ;

Le blâme voté par le bureau, et inscrit au procès-verbal ;

L'exclusion votée à la majorité absolue des membres présents, motivée et inscrite au procès-verbal de la séance où elle aura été prononcée.

COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION DES MEMBRES DU SYNDICAT MÉDICAL DU MORBIHAN.

La séance est ouverte, sous la présidence de M. le docteur Cousyn, près duquel prennent place M. le docteur Le Moyne, secrétaire, et M. le docteur Waquet, trésorier.

Etaient présents : MM. les docteurs Moysan, de Plumelec ; Fouquet, de Vannes ; Le Janne, de l'Ile-de-Groix ; Fatou, Cousyn, Waquet, Jacolot, Le Querré, Le Moyne et Sauvage, de Lorient.

Le Président donne lecture des lettres de MM. les docteurs Champenois, de Guéméné ; Boucher, de Carentoir ; Blanche et de Closmadeuc, de Vannes ; Robert, de la Cacilly ; Paulin, de Josselin ; Jardin, d'Auray et Bayou, de Questembert, qui déclarent adhérer aux résolutions qui seront prises par le Syndicat et s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion.

Lecture est ensuite donnée d'une lettre de M. Guillevin, d'Hennebont, et d'une lettre de M. Langlais, de Pontivy, critiquant certains points de l'organisation du Syndicat.

Après discussion, le Président est chargé de leur adresser une réponse.

Le Président donne ensuite lecture des articles de la loi sur les syndicats professionnels votée récemment par les Chambres et demande que les statuts soient modifiés s'il y a lieu et mis en harmonie avec les exigences de cette loi nouvelle.

Après lecture et étude de ces statuts, leur maintien pur et simple est voté à l'unanimité.

FORMULE N° 1 (à affranchir à 0,05).

SYNDICAT MÉDICAL DU MORBIHAN — Folio

CABINET DU Dr — Honoraires du Docteur X... pour soins donnés à.....

FORMULE N° 2 (à affranchir comme lettre).

SYNDICAT MÉDICAL DU MORBIHAN — Folio

CABINET DU Dr —

Lorient, le 188

M

Je me vois, pour la deuxième fois, obligé de vous réclamer les honoraires qui me sont dus pour les soins que, jusqu'à ce jour j'ai donnés à votre famille.

J'ai l'honneur de vous prévenir que si, d'ici à la fin du présent mois, vous n'avez pas tenu compte de ma réclamation, je remettrai ma note entre les mains d'un huissier.

J'ai l'honneur de vous saluer.

Somme due :

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Sans-gêne pharmaceutique.

Monsieur et très honoré confrère,

Ayant un petit malade atteint du croup, j'ai prescrit, d'après une formule du docteur Osiecki, signalée par vous comme recommandable dans le *Concours Médical*, année 1887, n° 7, page 79:

Tanin................ 1 gramme 50 centigr.
Soufre sublimé........ } āā 2 grammes.
Chlorate de potasse... }
En insufflation.

Le pharmacien à qui cette ordonnance a été portée a refusé de l'exécuter, donnant pour raison de son refus aux parents du malade, qu'un tel mélange causerait inévitablement la mort de celui-ci.

En même temps il me faisait adresser par les parents, — à découvert, — le billet suivant :

Monsieur,

Je ne puis mélanger du chlorate de potasse avec du soufre et du tanin. Le mélange de ce produit soit avec l'un de ces deux corps donnant un produit explosible par le moindre choc.

Agréez, etc. X..., pharmacien.

Je viens vous demander :

1° Si le pharmacien était fondé à se refuser à exécuter mon ordonnance comme exposant le malade à de graves accidents et même à une mort certaine ;

2° Si la formule en question est bien réellement inexécutable ;

3° Si la conduite du pharmacien a été correcte en la circonstance, et s'il ne devait pas faire part *à moi seul* de ses craintes et de ses doutes, chose facile en cachetant sa lettre et en m'avertissant qu'il n'avait pas cru devoir exécuter *complètement* mon ordonnance.

C...., médecin.

— Notre confrère a pu lire, dans l'avant-dernier numéro de cette année, la précaution indiquée par le Dr Osiecki pour préparer sa formule sans provoquer la déflagration.

Le pharmacien était fondé à prévenir notre confrère de l'embarras où le mettait l'exécution de l'ordonnance ; mais la déontologie, comme le bon goût, lui commandaient de s'adresser *directement* à notre confrère seul par lettre cachetée.

N. de la R.

REPORTAGE MÉDICAL

Conseils à l'usage des médecins qui écrivent. — Paginer avec soin le manuscrit avant de le donner à l'imprimerie, un même article étant

partagé pour la composition entre plusieurs ouvriers.

Eviter les fioritures calligraphiques qui rendent souvent une lettre ou un mot indéchiffrable. Les imprimeurs n'ont pas le temps de s'extasier sur vos effets de plume.

Règle générale, éviter les abréviations. Si on en fait usage, qu'elles soient écrites comme l'auteur désire qu'elles soient imprimées.

Quand on fait une addition à une page du manuscrit, ne pas la faire au dos de la page ; cela est contraire à la règle bien connue, mais souvent oubliée, « de n'écrire que d'un côté de la feuille ». Il faut couper les pages et coller à la suite le passage ajouté.

Eviter un excès de ponctuation. Le défaut ici est préférable à l'excès, et cause moins de perplexité au compositeur.

En corrigeant les épreuves, si on efface un mot, tâcher de le remplacer par un autre de même longueur dans la même phrase et, si possible, dans la même ligne. De même, si on ajoute une phrase ou un mot, faire en sorte de supprimer une phrase ou un mot équivalent, à peu près à la place que doit occuper le nouveau texte.

Paragraphez le manuscrit comme on désire qu'il le soit en imprimé.

Finalement, avant d'envoyer un article à l'impression, lui donner la forme qu'on veut lui voir revêtir aux yeux du lecteur.

Avec ces quelques recommandations, on évitera beaucoup de tracas et de temps perdu aussi bien à l'auteur qu'à l'éditeur et à l'imprimeur, sans compter les frais inutiles qui résultent souvent de la négligence de ces règles bien simples.

(France médicale.)

— *Congrès de Berlin.* — Après le ministre de la guerre, celui de l'intérieur vient de choisir ses délégués au congrès de Berlin.

Les services d'hygiène seront représentés par M. le professeur Proust ; M. Netter, agrégé de la Faculté ; M. Valude, médecin aux Quinze-Vingts. Le ministre de l'instruction publique ne peut tarder à déterminer toutes ses délégations. Le ministre de la marine a choisi MM. Brassac, médecin en chef et Hyades, médecin principal.

— Les membres du groupe médical parlementaire se sont réunis dans un banquet.

Quatorze sénateurs et trente et un députés assistaient à ces agapes présidées par M. Cornil, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine.

Au dessert, M. le docteur David, député des Alpes-Maritimes, organisateur du banquet, a indiqué le but de l'Union. Le programme du groupe parlementaire médical comprend trois points essentiels qui suffiront, dit-il, à bien remplir une législature : l'exercice de la médecine, l'assistance médicale dans les campagnes et l'organisation de l'hygiène publique.

M. Cornil a vivement félicité M. David d'avoir eu la pensée de ce banquet dont il faut attendre les meilleurs résultats. Ces réunions, dit-il, hâteront la solution de certaines questions sociales, économiques et philanthropiques, et contribueront au développement du bien-être dans notre pays. Nous montrerons ainsi le corps médical dans son véritable rôle qui est tout de dévouement et de désintéressement.

M. Bourgeois, député de la Vendée, est le seul médecin siégeant à la Droite : « Vous connaissez, dit-il, l'entrecroisement des nerfs optiques, vous savez que pour le *chiasma* les nerfs de droite envoient des ramifications à gauche, permettez-moi donc d'adresser mes meilleurs sympathies à tous nos confrères de gauche.

« Avant d'être députés, nous avons été médecins, nous sommes donc tous de la grande famille et je bois à son union. »

Des discours ont été prononcés encore par MM. Després, député ; Dupré, sénateur, et notamment par M. Chevandier, qui boit à l'indépendance du corps médical parlementaire et à la réussite de ses projets.

En somme, excellente réunion, pleine de cordialité, qui marque la formation définitive d'un groupe parlementaire médical très uni. En se séparant, on s'est promis de se revoir prochainement.

(Matin.)

— Il est désormais avéré que le *choléra asiatique* existe en Espagne ; environ cent cinquante cas et cinquante décès, tel est le bilan à ce jour.

On se préoccupe d'isoler le foyer épidémique et des cordons sanitaires et l'observation rigoureuse des règlements sont prescrits sur notre frontière espagnole.

Un des collaborateurs de l'Institut Pasteur, M. Pharren, et M. Netter vont partir pour observer l'épidémie, tâcher de découvrir sa génèse, en déterminer la nature et prendre les mesures nécessaires.

Revue bibliograpgique des nouveautés de la semaine.

Cours de Thérapeutique hydro-minérale, professé à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris. (Leçons d'ouverture, 1890), par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'Honneur. Prix : 3 fr.

Nous rappelons à nos confrères officiers de réserve ou de territoriale dans le corps de santé militaire qu'ils trouveront *tous les renseignements* dans le Manuel du candidat aux divers grades et emplois du même auteur. Prix franco avec la remise : 4 fr. 60.

Sommaire de la onzième livraison des *Sciences biologiques.* La médecine légale actuelle et ses progrès depuis un siècle, par le professeur Coutagne, de Lyon. — La lutte pour la vie suivant les doctrines transformistes : Les parasitismes, leur genèse, leur évolution, leurs conséquences, par le Dr Brazier. — L'*histologie* depuis ses origines, par le Dr Lowenthal. Prix franco : 1 fr. 25.

Aucune revue provoquée par le grand centenaire ne met mieux le praticien au courant des progrès scientifiques que la « Revue des Sciences biologiques ». 30 francs pour recevoir tout ce qui est paru et à paraître.

La Syphilis aujourd'hui et chez les anciens, du Dr Buret, est presque épuisée dès son apparition. Prix : 3 fr. 50, remise 20 %.

De la Localisation des lésions de la phtisie, Docteur Fowler, avec figures dans le texte, *deuxième édition,* cartonnée. Prix : 2 fr. 50.

Adresser toute demande à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 26 28 Juin 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Traitement de la rougeole maligne et de diverses maladies infectieuses par les bains froids. Injections de caféine.

M. *Dieulafoy* vient de communiquer à la Société des hôpitaux un cas où il guérit une rougeole grave par les bains froids. Ce cas était anormal à plusieurs points de vue. L'éruption s'était faite en deux poussées séparées par un intervalle de 13 jours, à moins que le premier exanthème n'eût été une roséole. Quoi qu'il en soit, la malade se trouva lors de la seconde éruption dans un état général très grave, agitation excessive, alternant avec une somnolence voisine du coma, dyspnée intense, 80 respirations, température de 40°, pouls 145, et anurie.

M. Dieulafoy commença par un bain à 26° seulement et de 12 minutes de durée. Puis, une amélioration s'étant manifestée, on donna les bains plus frais et plus longs. Un début de congestion pulmonaire qui avait été constaté disparut; les urines reparurent, la température s'abaissa en même temps que la respiration redevevait normale. Au bout de deux jours et de 6 bains, la guérison était assurée.

M. Dieulafoy insiste sur deux points de cette intéressante observation. D'abord le bain froid a fait reparaître les urines. C'est là une des actions les plus constantes et les plus favorables des bains froids dans toutes les maladies adynamiques. La sécrétion urinaire a une importance pronostique considérable dans toutes les maladies infectieuses. En présence de la menace de broncho-pneumonie on aurait pu penser à appliquer un vésicatoire, l'effet en eût été fâcheux, en entravant davantage le peu de fonctionnement rénal qui subsistait.

L'influence du bain sur les complications pulmonaires des maladies infectieuses est plutôt favorable.

Quant à l'action des bains froids sur l'éruption elle-même, elle n'est nullement mauvaise; à la suite de chaque bain l'éruption pâlissait pendant 25 ou 20 minutes, puis reparaissait et sa durée n'a pas été moindre que dans toute la rougeole. Donc le bain ne fait pas rentrer l'éruption.

C'est le deuxième fait de rougeole grave traitée et guérie par les bains froids que rapporte M. Dieulafoy.

A propos de sa communication, plusieurs membres de la Société des hôpitaux ont émis leur opinion sur l'emploi des bains froids dans les fièvres éruptives malignes, dans les complications thoraciques des infections et même dans les pneumonies primitives.

M. *uhel-Rénoy* a donné des bains froids à des broncho-pneumonies et à des pneumonies, avec avantage. Il vaut mieux, suivant lui, que la température du bain soit basse que simplement fraîche.

M. *Féréol* fait appliquer en permanence sur la poitrine de typhiques ayant des complications thoraciques inquiétantes, des compresses froides que l'on renouvelle toutes les heures.

M. *Rendu* rappelle une discussion récente à la Société de médecine de Berlin sur le traitement de la pneumonie par les applications de glace. Les statistiques étaient très satisfaisantes, à condition que le froid fût appliqué d'une façon permanente.

Quant aux fièvres éruptives, M. Rendu les traite toujours par l'eau froide quand il y a de l'hyperthermie. Pour les scarlatines hyperthermiques, il donne 4 à 6 bains dans la même journée, et l'hyperthermie ne dure pas plus de 48 heures.

Il cite le cas d'un homme apporté dans son service sans connaissance avec un érythème infectieux scarlatiniforme datant d'une dizaine de jours; délire, urines très rares et albumineuses. Il y avait un souffle au cœur et une double congestion pulmonaire. Un bain froid fut donné toutes les 4 ou 5 heures, et en 4 jours l'amélioration se manifesta. Il existait une endocardite ulcéreuse qui a laissé naturellement la trace de son passage,

mais le malade a guéri de l'infection aiguë qui l'aurait infailliblement terrassé, puisqu'il était touché à la fois au cerveau, au cœur et aux poumons.

En traitant des pneumonies franches par la méthode des bains froids, M. Rendu a obtenu, chose rare chez l'adulte, des défervescences au 5e jour.

M. *Antony* a traité dans les pays chauds par les applications de glace sur le thorax des pneumoniques paludéens qui ont tous guéri. Il a continué le traitement à Paris pour des pneumonies ordinaires avec le même succès. Il a guéri par les bains tièdes une fièvre typhoïde avec pneumonie.

M. *Sevestre* a souvent traité la rougeole par les bains tièdes aux Enfants-Assistés (30° ou 32°). Les malades très agités, oppressés, n'urinant pas sont très calmés par ces bains tièdes qui provoquent la sudation et l'urination. Dans les formes malignes il n'hésiterait pas à recourir aux bains froids.

M. *Cadet de Gassicourt* estime qu'il faut les bains froids et non tièdes dans les accidents adynamiques ou ataxiques.

M. *Dieulafoy* établit quelques distinctions au sujet de la température des bains. 27°, c'est un bain tiède, les malades trouvent cette température agréable ; à 18° ils frissonnent, c'est un bain froid. A 22°, c'est un bain frais. Entre 32 et 22° il y a une notable différence et l'état des malades s'en ressent. C'est surtout la sécrétion urinaire que rétablissent les bains froids. Un typhique, qui n'urinait pas après des bains à 25°, urina quand on les lui donna à 22°.

M. *Huchard* pense qu'il y a surtout avantage à employer la caféine en injections sous-cutanées dans les états adynamiques, qu'ils soient causés par des fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la pneumonie, le diabète. On injecte 4 à 8 seringues par jour contenant chacune 0 gr. 20 ou 0 gr. 40 centig. de caféine.

On peut employer l'une des deux solutions suivantes.

Solution faible. (0 gr. 20 centigr. par seringue).

Benzoate de soude......	3 gr.
Caféine..................	2 gr.
Eau distillée............	6 gr.

faites la solution à chaud.

Solution forte (0 gr. 40 centigr. par seringue).

Salicylate de soude.	3 gr. 10
Caféine.............	4 gr.
Eau distillée........	6 gr. ou Q S pour 10 cc

Nature et traitement du goître exophthalmique.

M. *Gauthier* (de Charolles) ayant consacré dans la *Revue de médecine* du 10 mai un important mémoire à cette question, a conclu que le goître exophthalmique vrai est une névrose générale, vaso-motrice, ayant son point de départ dans la région bulbo-protubérantielle. Filehne, en sectionnant le corps restiforme a reproduit expérimentalement les symptômes du goître exophthalmique.

Il y a lieu de distinguer le goître exophthalmique *vrai* du goître exophthalmique chirurgical ; celui-ci est représenté par les faits de Le Dentu, Tillaux, Brard, dans lesquels les symptômes d'exophthalmie, tachycardie, etc., sont survenus chez des individus ayant un corps thyroïde hypertrophié par tumeur. Le premier est une vraie névrose, d'origine centrale, intrinsèque, auquel il convient de réserver spécialement le nom de maladie de Graves ou de Basedow ; le second, qu'on devrait nommer pseudo-goître exophthalmique, est d'origine réflexe, extrinsèque, provoqué par l'action de la glande thyroïde primitivement hypertrophiée. Cette distinction est basée sur les mêmes considérations qui font qu'on sépare, en clinique, l'épilepsie idiopathique des crises épileptiformes dues à la présence d'un tænia dans l'intestin.

M. Gauthier (de Charolles) ajoute que l'hypersthénie de la région bulbo-protubérantielle constitue le trouble fonctionnel primordial dont la mise en jeu entraîne à la fois des modifications fonctionnelles du pneumogastrique et des actions vaso-dilatatrices. Cette hypersthénie bulbo-protubérantielle se produit de préférence chez les sujets prédisposés par leur constitution neurasthénique et rhumatismale. (Le rhumatisme est noté dans 30 p. 100 des cas dans les antécédents.) Après les émotions, la cause la plus puissamment déterminante de la maladie de Basedow réside dans les modifications de la fonction génitale (puberté, aménorrhée, grossesse, etc.)

La localisation bulbo-protubérantielle donne l'explication des nombreux traits de ressemblance existant entre le diabète nerveux (cérébro-spinal) et la névrose thyro-exophthalmique et permet de classer celle-ci dans le rang des névroses, au voisinage de la chorée, avec laquelle elle présente de nombreuses ressemblances.

M. Gauthier (de Charolles) préconise l'antipyrine comme traitement. Il avait eu à se louer en général du bromure de potassium. Mais, dans deux cas où ce médicament avait échoué, il a obtenu la guérison avec l'antipyrine.

Les injections sous-cutanées de quinine.

Le professeur *H. Kobner* (de Berlin) indique le meilleur mode d'administration pour obtenir une solution active d'une réaction chimique neutre et facile à préparer ; il s'est arrêté au chlorhydrate de quinine, qui a cet avantage sur le sulfate, d'être plus riche en quinine (en proportion de 83,6 contre 74,3), d'être plus soluble (1 partie dans 24 parties d'eau à la température de 19 degrés). La solubilité peut encore être notablement augmentée par l'addition de la glycérine ou par l'élévation de la température du liquide. Pendant que 10 centigrammes de ce sel se dissolvent dans 40 centigrammes de glycérine et 60 centigrammes d'eau (c'est-à-dire 1 pour 10) à froid, on peut, en élevant la température, dissoudre jusqu'à 25 centigrammes de chlorhydrate de quinine dans 50 centigrammes de glycérine additionnée de 50 centigrammes d'eau (c'est-à-dire 1 pour 4), et introduire sous la peau la solution tiède. Si on a soin de masser doucement l'endroit de la piqûre, l'injection ne sera pas suivie d'irritation locale. Kobner conseille de préparer, pour l'usage de la clientèle, de petites quantités de cette solution, tout au plus une quantité pour quatre injections, d'après la formule suivante :

Chlorhydrate de quinine.....	0g.50 à 1 gramme.
Glycérine pure...............	āā 2 —
Eau distillée.................	

Préparer SANS ACIDE.

(Si la préparation n'est pas récente, on fera

bien, avant de la chauffer, d'ajouter à la solution quelques gouttes d'eau distillée.)

Dans des cas de névralgie intermittente, il a obtenu, par des injections de 12 à 15 centigrammes de chlorhydrate de quinine, des résultats prompts et remarquables, qu'il n'avait jamais observés auparavant, par l'administration, à l'intérieur même, de doses considérables de 60 centigrammes à 1 gr. 25 de quinine ; outre cela, pas de troubles nerveux, ni gastriques, dus à la quinine. En cas de névralgie du nerf trijumeau, on pratique la piqûre dans la région temporale ; dans d'autres cas dans la région du dos.

Dans les fièvres intermittentes, Kobner conseille, dès le début, deux ou trois injections, faites dans différents endroits du corps, à la dose de 25 centigrammes par injection.

Kobner n'a jamais observé d'abcès dans des endroits où la peau n'était pas tendue ou ne portait pas directement sur des surfaces osseuses. Dans la région temporale seulement après la piqûre se formait, parfois, un gonflement qui nécessitait des compresses froides.

Les pulvérisations dans le traitement des ophthalmies.

M. le Dr *Bedoin* consacre, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un article à l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Beaucoup d'ophthalmies aiguës ou chroniques, de causes variées, intéressant soit la conjonctive oculaire ou palpébrale, soit la cornée, sont susceptibles d'être très favorablement traitées par des pulvérisations de solutions médicamenteuses appropriées.

Parmi ces solutions, celles qui semblent les plus efficaces sont les suivantes : *a*), pour les conjonctivites aiguës, les solutions d'acide borique au 1/30 ou 1/40, les solutions de sulfate de zinc ou de cuivre (doses des collyres usuels) ; *b*), pour certaines conjonctivites chroniques, pour les blépharites ciliaires et pour les kératites avec taies, les solutions iodées à doses croissantes (dose initiale : teinture d'iode, 1 ; iodure de potassium, 4 ; eau distillée, 200).

L'instrument à employer peut être le pulvérisateur modèle Richardson ou un pulvérisateur à vapeur, comme celui de Lucas-Championnière, par exemple.

Certaines de ces pulvérisations agissent par voie *substitutive*, déterminent des réactions locales passagères assez intenses parfois, qui semblent jouer un rôle dans l'effet thérapeutique attendu, mais qui peuvent être très modérées, surtout au point de vue de la douleur, par des instillations préalables de cocaïne (1/20 ou 1/10).

Dans certaines de ces ophtalmies, et principalement dans les kératites avec persistance de symptômes inflammatoires aigus, il semble prudent ou du moins utile d'attendre, pour commencer les pulvérisations, la disparition ou la diminution notable des phénomènes d'acuité.

L'emploi des pulvérisations iodées peut, dans certains cas, déterminer accidentellement, par suite de l'action vésicante de l'iode, l'apparition d'une conjonctivite pustuleuse, d'ailleurs bénigne, qui oblige à interrompre le traitement pendant quelque temps.

Résultats obtenus par la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux.

M. *Gilles de la Tourette*, ancien chef de clinique de M. Charcot, nous apprend quel est l'état actuel de cette question, qui a beaucoup occupé les praticiens depuis que le professeur de la Salpêtrière a soutenu de son autorité souveraine cette pratique inaugurée en Russie par M. Motchowkowsky et rapportée en France par M. Raymond.

Trois groupes de malades méritent seuls d'être retenus, car les essais qui ont été faits dans les divers autres sont restés infructueux.

Le premier groupe, de beaucoup le plus considérable, comprend les ataxiques ; le second, les paralytiques agitants ; le troisième, les sciatiques chroniques. Nous ne faisons que signaler ce dernier dans lequel nous noterons quelques résultats encourageants.

Presque tous les paralytiques agitants, surtout lorsqu'ils se présentaient à la période moyenne de leur maladie, ont retiré des bénéfices de la méthode, portant principalement sur l'amélioration de l'état général, du sommeil, sur la grande atténuation des phénomènes de rigidité douloureuse. Il ne faut pas, au début du traitement, que l'affection soit arrivée à la période d'impotence complète.

Dans l'ataxie locomotrice, on peut dire que 100 ataxiques à la période moyenne de leur affection, soumis à la suspension, peuvent, après 30 à 40 séances, être divisés ainsi qu'il suit :

20 à 25 sont améliorés dans la majorité des symptômes de leur maladie, particulièrement les douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice, les troubles génito-urinaires, sans qu'il y ait de changement dans les troubles oculaires et le signe de Westphall.

30 à 35 ressentent, à des degrés divers, une amélioration d'un ou plusieurs, mais non de la totalité des symptômes.

Les autres, 35 à 40 % environ, ne retirent aucun bénéfice, ou du moins ne retirent que des bénéfices trop passagers pour entrer en ligne de compte dans les résultats favorables à mettre à l'actif du traitement par la suspension.

Dans les deux premières catégories, les résultats obtenus sont durables à la condition que la suspension soit continuée.

En résumé, amélioration très marquée dans 25 % des cas ; amélioration incomplète, quant à la totalité des symptômes, dans 30 à 35 % ; résultat négatif pour le reste des malades.

A part quelques cas de syncope passagère, deux cas de paralysie radiale temporaire par compression, on n'a jamais vu survenir d'accidents sérieux sur un total de plus de 10,000 suspensions pratiquées à la Salpêtrière.

Voici, par comparaison, les résultats obtenus par MM. Guttmann et Rosenbaum, et rapportés à la Société de médecine interne de Berlin :

« A l'hôpital Moabit, dit M. Guttmann, on a traité un certain nombre d'affections nerveuses par la suspension : 10 cas de tabes, 2 cas de myélite, 1 cas de compression traumatique de la moelle, 7 cas de sciatique, etc. » Nous ne retenons de cette communication que ce qui a trait au tabes et à la sciatique. « Le résultat a été négatif pour 3 cas de tabes ; dans 5 autres cas de la même affection il a été, au contraire, très remarquable.

Les phénomènes ataxiques, la paresthésie, les douleurs lancinantes, ont été notablement améliorés. Dans aucun des cas on n'a pu constater une influence quelconque sur le rétablissement du réflexe patellaire ou sur les phénomènes pupillaires... Parmi les 7 cas de sciatique, 4 furent soumis exclusivement au traitement par la suspension ; les douleurs furent diminuées, mais ce résultat ne fut pas permanent. Les trois autres cas, qui furent soumis en même temps à une médication par l'antipyrine, furent radicalement guéris. »

La communication de M. Rosenbaum est encore plus intéressante, car elle porte sur un grand nombre de malades.

« Pendant ces deux dernières années, 85 tabétiques furent soumis à la suspension, à la Policlinique du professeur Mendel, comprenant un total de 2.400 suspensions ; 24 d'entre eux doivent être éliminés, le traitement ayant été insuffisamment prolongé (200 suspensions pour la totalité). Sur les 61 autres, 25 furent améliorés, dont 5 d'une façon très notable et persistante ; chez 9, le résultat fut douteux ; chez les 27 autres, il n'y eut pas de résultat favorable, mais on n'observa jamais d'accidents ultérieurs, si ce n'est dans deux cas de légères syncopes. L'action générale favorable se manifesta par une mine meilleure, l'augmentation du sommeil, de l'appétit, du poids du corps. Parmi les symptômes locaux, ce sont surtout les douleurs, l'ataxie, l'incontinence vésicale, moins l'incontinence anale et la puissance virile qui s'améliorèrent ; dans quelques cas, cette dernière augmenta très notablement. L'anesthésie diminua ; par contre, la paresthésie se maintint avec opiniâtreté, et les paralysies des muscles de l'œil, l'atrophie du nerf optique ne présentèrent pas de changement.

« On a publié un certain nombre de cas de mort à la suite de la suspension dans le tabes ; ils ne sont cependant pas à craindre quand on prend certaines précautions. En tout cas il ne faut suspendre que les personnes d'un poids léger et dont les poumons et le cœur sont sains. Outre les deux syncopes précédemment signalées, nous avons observé comme accidents anormaux : 1° Une paralysie du bras droit (il y avait dans ce cas une atrophie musculaire progressive, la paralysie peut donc à peine être considérée comme une suite de la suspension) ; 2° Des douleurs vives à la suite du choc violent des pieds du malade sur le sol par suite de la rupture d'une corde. En tout cas cette méthode de traitement paraît donner de meilleurs résultats dans le tabes que tout autre. Mais si après 20 ou 30 séances de suspension il n'y a pas une amélioration notable, il vaut mieux les abandonner ».

Ces résultats ne font que corroborer ceux obtenus par M. le professeur Charcot. Il y a lieu d'insister sur quelques détails de technique. Avant tout, il est nécessaire que la suspension soit tolérée. Or, une pratique déjà longue a appris que les lipothymies, les syncopes étaient le principal, sinon le seul obstacle à cette tolérance. Certains malades supportent assez facilement une à deux minutes de suspension ; puis surviennent des bourdonnements d'oreille, des vertiges, et la syncope se montrerait infailliblement si l'on n'interrompait pas la séance.

Les menaces de syncope ont paru surtout se montrer, — les cardiaques étant éliminés, — chez les sujets jeunes, pâles, anémiques, chez lesquels la suspension, dès les premières séances, est la cause d'une vive appréhension. Dans ces cas, on devra procéder graduellement, n'augmenter le temps de suspension que très lentement, et, surtout, pendant que celle-ci a lieu, tenir l'esprit du malade constamment en éveil. On lui parlera, on attirera son attention sur tel ou tel sujet ; puis on l'avertira qu'on l'élève un peu plus de terre ou on le descendra légèrement ; en un mot, on le distraira de toutes les manières possibles. Dans ces cas nous avons souvent réussi où, sans ces précautions, nous aurions certainement échoué, et, en donnant, par exemple, l'assurance au malade qu'il n'est suspendu que depuis une minute ou une minute et demie, nous avons pu faire tolérer les 3 minutes, terme moyen de la suspension suivant le poids de l'individu. Le médecin joue dans ces cas un rôle tout personnel. Lorsque dans ces conditions la suspension a été bien tolérée deux ou trois fois, les syncopes ne se montrent plus.

Après 20 ou 30 séances, s'il n'est pas survenu d'amélioration, on devra interrompre ; mais le malade ne devra pas pour cela avoir perdu tout espoir. Après s'être reposé un mois et demi à deux mois, il pourra reprendre le traitement et en retirer des bénéfices, mais le temps d'interruption ne devra pas être inférieur à un mois et demi.

De même, chez certains malades qui se suspendent depuis longtemps déjà, l'amélioration semble rester stationnaire. Dans ces cas, un repos d'un mois et demi à deux mois nous a paru favorable, la reprise de la suspension ayant amené une nouvelle amélioration sans que les bénéfices des suspensions antérieures eussent disparu pendant le temps de repos.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

I. *L'infection puerpérale.* — II. *La version bipolaire.* — III. *Grossesse et fibrome.* — IV. *Traitement de la grossesse extra-utérine.*

L'INFECTION PUERPÉRALE.

La microbiologie vient chaque jour éclairer davantage la pathogénie de ces accidents redoutables que nos devanciers appelaient la *fièvre puerpérale* : elle permet de mieux comprendre comment les différentes formes de la maladie peuvent se manifester et elle conduit à des déductions prophylactiques et thérapeutiques de la plus haute importance.

C'est ce que fait ressortir le Dr Chantemesse, dans une intéressante leçon sur l'infection puerpérale (1), il en a observé un cas chez une femme qui n'était ni une nouvelle accouchée, ni même une femme enceinte. Cette femme avait eu antérieurement six couches qui avaient toutes été bonnes. Se croyant de nouveau enceinte parce que l'apparition de ses règles était en retard de quelques jours, elle voulut arrêter sa grossesse et elle introduisit, jusque dans la cavité du col utérin, une longue plume d'oie pointue. L'instrument, poussé avec une certaine violence, pénétra dans le tissu utérin. Une hémorrhagie abondante survint

(1) *Progrès médical*, 29 mars et 10 mai 1890.

le lendemain la malade était mal à l'aise ; le 3e jour elle eut des frissonnements et de la fièvre, et les jours suivants les frissons survenant irrégulièrement, la fièvre et le mal de tête ne la quittèrent point. Dix jours après l'accident primitif, la malade ressentit des douleurs vives dans la jambe gauche qui enfla et présenta tous les signes d'une phlegmatia alba dolens. Malgré une thérapeutique active (lavages intra-utérins, irrigation continue, curettage utérin), il se produisit une arthrite suppurée du genou gauche : le liquide contenu dans l'articulation donna une culture pure de streptocoques.

Les signes d'infection générale persistèrent et la malade succomba trente-sept jours après le début des accidents. L'autopsie montra qu'au niveau du col, dans l'épaisseur de la paroi utérine, il y avait un abcès du volume d'une noisette et de nombreuses veines thrombosées dans les régions voisines.

M. Chantemesse rapproche ce fait de ceux qu'on observe dans certaines formes de la fièvre puerpérale légitime et rapporte des observations des formes phlébitiques de la maladie : forme phlébitique simple, forme phlébitique avec suppuration du caillot ; forme phlébitique avec embolies pulmonaires. Toutes ces observations mentionnent deux faits principaux : 1° l'apparition d'accidents fébriles quelques jours (3, 4 ou 5) après l'accouchement : 2° la présence du streptocoque dans les veines atteintes de phlegmatia.

Cette pénétration des germes par les veines utérines n'est pas le seul mode de l'infection ; quand certains microbes ont pénétré dans la cavité utérine après l'accouchement ou l'avortement, les résultats de leur culture dans ce milieu sont variables : comme dans toutes les maladies infectieuses, ils dépendent du microbe et du terrain, mais beaucoup plus du premier que du second. On peut donc observer des variétés très grandes de cette infection puerpérale : la forme légère due au streptocoque ; la forme suppurative avec des foyers multiples ou circonscrits, etc. Quelquefois on voit l'infection puerpérale provoquée par des fausses membranes utéro-vaginales qui ressemblent, à s'y méprendre, aux fausses membranes de la diphtérie légitime. Enfin il est une forme septicémique pure dans laquelle les malades succombent sans qu'on trouve à l'autopsie ni pus, ni phlébite, ni fausse membrane. La lésion la plus saillante s'observe dans les reins, gros et blancs, et le symptôme terminal consiste le plus souvent dans l'éclampsie fébrile. Sans les recherches microbiques, on n'oserait affirmer qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, ni que cette maladie reconnaît pour cause le même agent que celui qui donnait naissance aux formes anatomiques précédentes.

La fièvre puerpérale commune est donc due au streptocoque, mais l'infection chez les accouchées peut être aussi produite par d'autres microbes, notamment par un bâtonnet. Il n'y a donc pas une fièvre puerpérale, mais des infections qui surviennent chez les nouvelles accouchées à la faveur de la plaie utérine créée par l'accouchement. Dans la grande majorité des cas le microbe créateur de tous les accidents est le streptocoque pyogène : « Ce microbe répandu en abondance dans l'atmosphère de certaines habitations, sur tous les objets qui nous entourent, existe même parfois à l'état normal dans les cavités naturelles du corps. Son extrême facilité d'adaptation à vivre en parasite dans le milieu de presque tous les animaux, sa résistance aux agents de destruction lui assurent une pénétration et une vie facile dans l'organisme des accouchées.

Aussi, à côté de beaucoup d'autres microbes qui ont pénétré dans la cavité utérine d'une femme atteinte d'infection puerpérale, c'est lui qui d'ordinaire prend le pas sur tous les autres ; c'est lui qui végète activement dans l'orifice des sinus veineux béants, dans les fentes lymphatiques du muscle utérin, dans les trompes, pour pénétrer plus profondément dans l'économie. »

Les différentes formes de l'infection puerpérale streptococcique dépendent tout d'abord des qualités du microbe pathogène, mais ces qualités varient. Ainsi le streptocoque crée tantôt des fausses membranes, tantôt du pus, tantôt une septicémie pure : ces états variables de virulence du streptocoque expliquent les formes de la fièvre puerpérale ordinaire, depuis celles qui tuent en quelques heures jusqu'à celles qui durent longtemps avec localisation dans un foyer où le microbe s'est raréfié et atténué.

Quelles sont les conditions qui permettent la pénétration, soit du streptocoque, soit d'un autre virus dans la cavité utérine, pendant et après l'accouchement ? La source la plus importante de l'infection puerpérale réside dans le défaut de propreté de l'accoucheur, de la sage-femme, des instruments qu'on utilise, des vêtements et couvertures qui recouvrent la malade, de la literie et enfin du local qu'elle habite.

Mais il ne faut pas attribuer toujours à l'accoucheur, à sa personne ou à ses instruments, tous les accidents fébriles qui surviennent après les couches. Si la muqueuse utérine d'une femme récemment et normalement accouchée ne contient aucun micro-organisme, la paroi vaginale d'une femme à la veille de l'accouchement est tapissée d'une grande quantité de microbes, parmi lesquels une fois sur onze (Widal), on trouve le streptocoque pyogène.

C'est peut-être là le point de départ d'une auto-infection que peut facilement produire le doigt de l'accoucheur ou les instruments qui pénètrent dans la cavité utérine, même après que ce doigt ou ces instruments ont été stérilisés avant le début de l'intervention. Aussi, malgré les précautions prises, la nécessité d'intervenir avec le forceps ou la version — M. Chantemesse aurait dû ajouter la nécessité de pratiquer la délivrance artificielle — cette nécessité implique-t-elle toujours un pronostic plus sérieux que celui de l'accouchement ordinaire.

La troisième source de l'infection puerpérale, plus rare que les précédentes, mais plus sévère encore parce qu'il est difficile de la prévenir, est celle qui résulte de la culture dans la cavité utérine des germes qui n'ont pas été apportés du dehors, mais sont venus du dedans, c'est-à-dire du sang où ils avaient pénétré durant la grossesse. Certaines femmes qui ont des microbes dans le sang, pour une raison quelconque, souvent un érysipèle antérieur, souvent une poussée de furoncles, sont prises, 3 ou 4 jours après l'accouchement d'accidents infectieux très graves. En pareil cas l'ouverture des sinus utérins a ensemencé l'utérus et dès lors s'est formé dans la cavité utérine un foyer où le microbe se développe à l'aise.

Ces diverses sources de contagion étant connues, le traitement prophylactique se trouve éclairé : M. Chantemesse étudie ce traitement ainsi que le traitement curatif ; les articles que nous avons consacrés antérieurement à ce sujet nous dispensent d'y revenir aujourd'hui.

De la version bi-polaire.

Si l'idée de cette opération n'est point nouvelle, ce n'est cependant que depuis quelques années qu'elle a pris rang parmi les opérations obstétricales : notre collègue le Dr Laskine (1) vient de contribuer à sa vulgarisation en l'étudiant au point de vue du manuel opératoire et de ses différentes indications.

On donne à cette opération différents noms : version *bipolaire* (Barnes), version combinée (Braxton-Hicks); version par manœuvres mixtes ; elle consiste à transformer une présentation en une autre à l'aide desdeux mains ; l'une,introduite dans les organes génitaux, agit directement sur le fœtus, tandis que l'autre contribue à faire évoluer le fœtus en agissant à travers la paroi abdominale par des manœuvres externes. Lorsqu'on ramène la tête au niveau du détroit supérieur, la version bi-polaire est *céphalique* ; elle est podalique au contraire lorsque le siège remplace la présentation primitive.

Parmi les conditions favorables à la version *céphalique*, il faut citer : 1° la présence du liquide amniotique ; 2° la proximité de la tête au centre du détroit supérieur ; 3° une dilatation du col suffisante pour laisser passer deux doigts. On peut avoir recours à cette manœuvre dans les présentations de l'épaule et dans quelques cas de présentation du siège, surtout chez les primipares, ainsi que dans les présentations de la face et dans les cas de procubitus du cordon. Le professeur Pinard la conseille dans le placenta prævia. Lorsque la femme est anesthésiée et placée dans la situation obstétricale, l'accoucheur fait pénétrer les doigts les uns après les autres dans la vagin, puis au niveau de l'orifice utérin ; on repousse la partie fœtale qui se présente à travers les membranes ou directement en cas de rupture de la poche, pendant qu'avec l'autre main on exerce une pression sur les parties latérales de l'utérus, de façon à faire glisser la tête de la fosse iliaque au centre du détroit supérieur : lorsque la tête est ainsi ramenée, on la maintient au moyen de la ceinture eutocique ou en rompant les membranes.

Lorsqu'on veut transformer le siège en sommet, on fait remonter avec la main la partie fœtale au-dessus du détroit supérieur dans l'intervalle des douleurs. Lorsque le siège est dégagé, un aide le repousse vers l'une des fosses iliaques suivant la variété de position, tandis que l'opérateur saisit la tête et la fait basculer de haut en bas.

La version *podalique* par manœuvres mixtes est pratiquée dans le cas de présentation de l'épaule où la tête ne peut être facilement ramenée en bas, dans certains cas de présentation de la face et de placenta prœvia ou bien lorsqu'un accident grave survient au moment du travail (hémorrhagie, attaque d'éclampsie, embolie pulmonaire, etc.). Voici quel est le manuel opératoire indiqué par Braxton-Hicks : la main gauche est introduite dans le vagin ; la main droite, placée sur l'abdomen vers le fond de l'utérus, presse doucement sur le siège, en le poussant du côté droit. La main suit le mouvement au fur et à mesure que le siège se déplace. La main gauche repousse en sens inverse la partie fœtale qui se présente. Lorsque le siège est abaissé, on accroche le genou ou on tâche de saisir et d'abaisser un pied. Lorsque le pied est amené au col, Braxton-Hicks conseille d'attendre et de se comporter comme si c'était une présentation naturelle du siège.

Quant à l'extraction du fœtus, les auteurs ne sont point d'accord : les uns abandonnent l'expulsion aux seules forces de la nature, les autres exercent de légères tractions ; quelques-uns ne craignent pas de procéder à la délivrance immédiate, même au prix des déchirures du col, c'est là une pratique détestable.

Quoi qu'il en soit, la version bi-polaire est une opération utile, qui permet, dans les cas où la dilatation est incomplète ou insuffisante, de corriger une présentation vicieuse (épaule par exemple), et qui dans certains cas peut servir à terminer rapidement l'accouchement.

(1) Essai sur la version bipolaire. Th. Laskine, 1890, Paris.

Fibrome utérin et grossesse (1).

M. Routier a récemment opéré une femme enceinte de 3 mois, qui souffrait de vives douleurs dues à la présence d'un corps fibreux volumineux qui gênait l'utérus dans son développement. M. Routier fit la laparotomie en pratiquant une incision partant à 3 travers de doigt du pubis jusqu'à 3 travers de doigt de l'appendice xyphoïde : il enleva un gros fibrome (2415 gr.) bosselé, réniforme, inséré par son hile sur le fond de l'utérus et reposant par ses deux extrémités d'une part sur le pubis et d'autre part sur le diaphragme. Une suture avec de la soie fut faite sur le pédicule qui fut abandonné dans l'abdomen. Les suites opératoires furent des plus simples et la grossesse continua à évoluer.

Il est plus que probable que sans l'intervention il y aurait eu avortement : l'utérus était aplati dans la fosse iliaque droite, le fibrome remplissait l'abdomen, y était fixé, empêchant d'autre part le développement de l'utérus par son mode d'insertion ; de plus, les douleurs vives commandaient l'intervention.

Il en est de même toutes les fois que des symptômes de compression ou des douleurs vives se manifestent; on pratique de préférence la myomectomie; mais, pour se hasarder à la faire, il faut être sûr qu'on n'ouvrira pas l'utérus. Dans tous les cas où l'énucléation des fibromes conduit à l'ouverture de la cavité utérine, il faut se décider à pratiquer l'hystérectomie.

De la grossesse extra-utérine.

Autrefois on tenait la grossesse extra-utérine pour une rareté, mais on a reconnu sa fréquence depuis qu'on s'attaque chirurgicalement à elle et qu'on la diagnostique. Olshausen (1) fait remarquer que les progrès sur cette question en symptomatologie et en diagnostic ont conduit à des progrès importants en thérapeutique. Ainsi, lorsque le diagnostic est posé de bonne heure, on est d'accord pour pratiquer la laparotomie ; dans les cas où il n'y a pas encore d'hémorrhagie abondante, l'opération offre une grande sécurité.

Si l'on est appelé alors que la rupture est déjà

(1) *Annales de gynécologie*, mars 1890.

accomplie, la solution dépend de l'état où se trouve la patiente. La rupture est-elle récente sans tendance à l'enkystement du sang? Si l'hémorrhagie n'est pas foudroyante, on a le temps d'agir et l'on doit immédiatement faire la laparotomie pour aller lier les vaisseaux qui saignent. Si, au contraire, le sang s'est enkysté en une hématocèle, on doit temporiser pendant quelque temps.

Dans le traitement de la grossesse extra-utérine parvenue à la seconde moitié de son évolution, il y a plusieurs points encore discutés : ainsi, faut-il opérer quand la grossesse est déjà avancée et quand l'enfant est vivant ? Certainement ; car toute femme qui porte une grossesse extra-utérine est en danger de mort rapide : le danger de la laparotomie est beaucoup moindre.

Enfin, faut-il opérer quand, le fœtus étant mort depuis longtemps, la poche n'est pas suppurée ? Oui, car, d'après Olshausen, tant que la calcification n'est pas complète, la suppuration est possible.

Dr G. LEPAGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La constatation des décès en France.

Chers confrères,

J'aurais le vif plaisir d'étudier, avec vous, la constatation des décès en France et de faire un travail sur cette question.

Pour l'établir sur de larges bases, j'aurais besoin de vos réponses aux questions suivantes. J'ose espérer que vous voudrez bien consacrer quelques moments à votre réponse et je vous en remercie par avance,

A. C.

1° Constate-t-on les décès dans votre département ?

2° Cette constatation est-elle obligatoire ou facultative ?

3° Est-elle rétribuée par la famille ou autrement ? Est-elle rétribuée comme une visite ordinaire ou plus ?

4° Si elle ne se pratique pas, seriez-vous disposé à voir s'en établir l'habitude ?

5° Accepteriez-vous de remplir les deux formules, de constatation du décès et de déclaration de la nature de la dernière maladie, selon la formule qui a été publiée par le Concours-Médical dans son numéro 25 de cette année ?

Les dentistes.

Les projets de loi *Chevandier* et *Lockroy* ont été fondus et modifiés, en quelques uns de leurs articles, par la commission chargée de leur étude. Notre confrère *David* s'est préoccupé spécialement de la réglementation de la profession de *dentiste*. Les dentistes ne sont plus ce qu'ils étaient il y a 10 ans, avant la création des deux écoles dentaires dues à l'initiative privée. L'une de ces écoles demande la création d'un diplôme spécial, la *création d'un ordre nouveau de médecins, les médecins dentistes*. Elle paraît renoncer à son exigence première : que tout dentiste fût pourvu du diplôme de docteur ou d'officier de santé. La nouvelle loi devait supprimer ce dernier titre, le plus accessible des deux, et le Dr David veut en créer un autre : certificat de grammaire ou autre ; stage de 3 ans chez un dentiste de l'une des deux écoles et 4e année durant laquelle les stagiaires suivraient un cours d'anatomie, de pathologie générale et d'odontologie à la *Faculté* ou à *l'École* de médecine. (Pourquoi donc ces études après le stage et non pas avant ?) Tel est le programme.

Nous ne voyons sûrement aucun avantage à la création d'un titre de *médecin dentiste*. Deux écoles se sont fondées, elles font des dentistes à l'envi l'une de l'autre. Il en existe mille à Paris, on en aura l'année prochaine 1500. Chacun se hâte d'obtenir le brevet de dentiste parce que la loi future n'aura pas de rétroactivité, si on la vote.

Il est bien surprenant que les deux écoles ne puissent pas fusionner. Cette fusion si bien indiquée, une fois opérée, sans intervention du gouvernement, l'école dentaire délivrerait son diplôme. Les pouvoirs publics décréteraient que nul ne pourra se qualifier de *dentiste diplômé*, s'il ne sort de l'*école dentaire de Paris ou de ses succursales de province*, soumises à son règlement. Et cela suffirait.

M. le Dr Magitot, qui se préoccupe de l'avenir de la profession de dentiste, a reproduit d'abord de bien mauvais arguments pour le maintien des officiers de santé ; il trouve que la création des chemins vicinaux et celle des chemins de fer n'a pas donné des facilités au médecin de campagne pour visiter un plus grand nombre de malades ! et il continue en réclamant le maintien de l'officiat, *réservé exclusivement au recrutement des dentistes !* La chute n'est pas heureuse !

Il veut que le dentiste, nouvelle épreuve, soit un *médecin*, un *vrai médecin* et puisse par conséquent faire de la médecine, *se spécialiser dans la stomatologie* Nous ne suivrons pas M. Magitot dans son exposé. Il ne nous a pas convaincu.

Nous résumons la question telle que nous la comprenons : Unifier les écoles dentaires de Paris ; leur confirmer le privilège de créer des dentistes diplômés. Interdire à celui qui n'est pas pourvu du diplôme le droit de se qualifier de *dentiste diplômé*. Le public saura aller à eux, comme il va aux docteurs en médecine. Quant à ceux de ces derniers qui voudront se spécialiser dans une branche de la médecine honorable et lucrative, ils n'auront qu'à suivre l'exemple de plusieurs de leurs confrères, et ils seront les professeurs désignés des écoles dentaires.

Nous reproduisons à ce sujet l'article suivant du *Progrès médical*.

Nous ne saurions accepter le premier alinéa du paragraphe IV, qui impose aux docteurs en médecine deux années de stage. Ils ont qualité pour pratiquer toutes les opérations, en vertu de leur diplôme ! Le diplôme leur suffit dès lors et c'est à eux qu'il appartient de faire, où et comme ils le voudront, leur apprentissage de *dentiste*.

A. C.

La Loi sur l'Exercice de la Médecine et de l'Odontologie, d'après l'Association Générale des Dentistes de France.

Une commission nommée par le Conseil de direction de l'*Association générale des Dentistes de France* a examiné les différents projets de loi en présence, sur l'exercice de la médecine, et leurs conséquences pour l'avenir professionnel. Le résultat de ses délibérations a été soumis à deux assemblées générales convoquées à cet effet. Après discussion et amendement, l'Assemblée générale du 4 mars 1890 a adopté la résolution suivante :

Les membres de l'Association générale des Dentistes de France et les Dentistes patentés soussignés approuvent la délibération suivante, prise par l'Assemblée générale de la dite Association, dans sa séance du 4 mars 1890, et la recommandent à l'attention bienveillante du Gouvernement et des membres de la Chambre des Députés et du Sénat, comme l'expression des vœux des Dentistes sur la question de la réglementation de l'exercice de l'art dentaire : 1° Considérant que la liberté d'exercice de la profession de dentiste existe en France depuis cent ans, et que cela même prouve que cette liberté n'entraîne pas de graves abus et ne crée pas un péril sérieux pour la santé publique, ils demandent aux Chambres le maintien du *statu quo*. Ils rappellent qu'ils ont opéré eux-mêmes la réforme professionnelle et que sous le régime de la liberté ils se sont associés pour fonder et faire vivre, depuis dix ans, des Sociétés et des Ecoles dentaires ; que ces institutions ont permis aux Dentistes français de se placer dans des conditions de développement aussi favorables que leurs concurrents étrangers ; enfin que les Ecoles françaises ont une scolarité et des programmes aussi étendus que les meilleures Ecoles étrangères. 2° Si les pouvoirs publics jugent impossible le maintien d'un état de choses séculaire, les soussignés demandent qu'il soit statué sur les conditions d'exercice de l'art dentaire par une loi spéciale, et non par un article de loi sur l'art médical. Ils demandent donc la disjonction des dispositions concernant les Dentistes de celles concernant les médecins (ainsi que l'ont fait les pays ayant adopté le système de la réglementation : les Etats de l'Amérique du Nord, l'Angleterre, la Suisse, l'Allemagne, l'Italie, la Belgique, l'Espagne et la Russie). 3° Enfin, si, contrairement à ces vœux, le Gouvernement et les Chambres jugent nécessaire de statuer, à propos de l'exercice de l'art médical, sur les conditions d'exercice de l'art dentaire, les soussignés les prient de prendre en considération le projet de réglementation suivant qui, à leurs yeux, met le mieux en accord l'intérêt général et l'intérêt professionnel.

I. — *Conditions d'exercice et titre.* — Nul ne pourra exercer l'art dentaire, prendre le titre de Dentiste ou de Chirurgien-Dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de Chirurgien-Dentiste décerné après examen par un jury d'Etat.

II. — *Composition du Jury.* — Le jury sera composé de trois examinateurs : 1° Un Médecin professeur ou agrégé de Faculté de médecine ; 2° Deux Dentistes nommés par l'administration. (Les soussignés souhaiteraient qu'il fût possible aux Ecoles et aux Sociétés professionnelles d'avoir un droit de présentation pour cette catégorie d'examinateurs.)

III. — *Conditions d'examen.* — Nul ne pourra se présenter à l'examen s'il n'est âgé de 21 ans et s'il n'a fait un stage de trois années dans une Ecole dentaire libre ou dans une Ecole d'Etat. Les épreuves d'examen seront de trois genres : 1° Une épreuve orale sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances, sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique, au point de vue spécial, les maladies de la bouche. 2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances. Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger sans s'aider d'aucun livre, d'aucune note ou d'aucun conseil, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner. 3° Des épreuves pratiques consistant en : *a*) une extraction opérée sur un malade ; *b*) une obturation à l'aide d'une substance plastique après traitement de la carie ; *c*) une aurification à l'or mou ; *d*) une aurification à l'or adhésif ; *e*) l'exécution, en loge, d'un appareil de prothèse entier ou partiel avec application de cet appareil. 4° A la suite de cette épreuve le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la métallurgie dans leurs applications à l'art du Dentiste.

IV. — *Dispenses.* — Les docteurs en médecine désireux de joindre à leur titre celui de Dentiste ne seront astreints qu'à deux années de stage spécial et n'auront d'autre examen à subir que les épreuves pratiques mentionnées aux paragraphes 3 et 4. La même faculté d'examen restreint, pour obtenir le diplôme d'état, sera accordée à titre transitoire aux Dentistes pratiquant en France depuis plus de cinq ans et à ceux qui possèdent le diplôme d'une des Ecoles dentaires ; toutefois ils subiront en plus l'épreuve clinique. Les étrangers qui désireront pratiquer en France seront — quels que soient leurs titres — soumis aux examens exigés des nationaux. Il leur est interdit de prendre le titre de docteur, associé ou non au titre de Dentiste ou Chirurgien-Dentiste, sans subir les examens exigés des nationaux.

V. — *Enregistrement.* — Les noms des Dentistes diplômés et de ceux ayant droit de pratiquer, en vertu des dispositions transitoires, seront enregistrés dans les conditions des articles 1 et 4 de la présente loi. (Projet Chevandier.)

VI. — *Dispositions transitoires.* — Les Dentistes en exercice au moment de la promulgation de cette loi ne seront tenus qu'à une simple déclaration au maire de la commune, dans le délai de trois mois.

VARIÉTÉ

De la réorganisation de Saint-Lazare au point de vue de la prophylaxie des maladies vénériennes (1).

Par le Dr Verchère, Chirurgien de Saint-Lazare.

Lorsque les réformes concernant la maison de Saint-Lazare, mises en partie à exécution furent

(1) La question de l'enseignement des maladies vénériennes et celle de la surveillance de la prostitution sont étroitement liées à celle de la réorganisation de la maison de Saint-Lazare ; un premier pas a été fait lorsque l'institution d'un concours y a fait entrer un dermatologiste comme Barthélemy, des chirurgiens comme Jullien et Verchère. Un intérêt particulier s'attache donc à cette étude que l'un d'eux a publiée récemment. N. de la R.

décidées il y a deux ans, on visait un but, depuis longtemps étudié : restreindre la propagation des maladies vénériennes. Si l'on recherche l'origine même de ces réformes, on trouve le rapport si étudié et si complet fait à l'Académie de médecine par le professeur Fournier. Une partie du programme a été exécutée, on a nommé au concours les médecins et les chirurgiens, on a admis le principe d'un enseignement fait à Saint-Lazare, mais on a reculé jusqu'à présent devant les conséquences administratives qu'entraînera l'exécution même du programme. Je veux chercher à montrer comment, avec les éléments actuels dont dispose l'administration, cette réalisation peut être facile, rapide et efficace.

Quel est le rôle de l'Etat (dont dépend Saint-Lazare), dans le cas particulier ? Doit-il être un rôle de charité et de bienfaisance ? Certainement non et ceci peut éliminer l'accusation qu'on lui porterait de vouloir fonder un hôpital, chose complètement en dehors de ses attributions. Doit-il être un rôle de répression ? Non encore, car il n'a pas à *punir* ; la prostituée n'est pas une coupable et ce n'est que par une interprétation de la loi que l'on se reconnaît le droit d'arrêter une femme faisant métier de prostituée insoumise. Le véritable rôle de l'Etat, et c'est celui auquel il ne doit pas faillir, c'est le rôle de protection des citoyens, c'est le droit de défense sociale. Or, ce droit de défense sociale étant admis, nul ne peut trouver à redire aux moyens qu'il emploie pour arriver au succès et que seul il a le droit d'employer.

Ceci étant posé, si l'on recherche quels individus déterminent la propagation des affections vénériennes, nous les pouvons diviser en deux classes, que je désignerai sous les noms de : individus inconscients et individus conscients.

Les premiers sont presque toujours l'origine de la syphilis des innocents, syphilis innocentium. Que faire contre eux ? ils ignorent leur mal ; ils cherchent des renseignements auprès des médecins, et souvent ceux-ci ne peuvent les renseigner et les prévenir du danger qu'ils font courir et cela parce qu'eux-mêmes ne le reconnaissent pas. Ainsi que le disait le professeur Fournier, la syphilis est méconnue bien souvent des médecins eux-mêmes, et cela peut s'expliquer. Où les étudiants, où nos confrères auraient-ils pu trouver les moyens nécessaires pour étudier efficacement cette branche spéciale de la médecine, si utile au point de vue social, et au point de vue vital ? Quelles sont les écoles dans Paris où l'on peut étudier la syphilis féminine ? Lourcine, Saint-Louis et c'est tout. Saint-Louis, ce merveilleux centre d'études, n'est pas exclusif ; il comprend la dermatologie et bien souvent la syphilis disparaît au milieu des autres affections cutanées; bien plus, on n'y recevra pas les femmes atteintes de blennorrhagie, uniquement de blennorrhagie ; cette affection n'est nullement du ressort de la dermatologie. Où ira cette femme si elle *veut* être soignée ? à Lourcine, et c'est la seule maison où les docteurs, les médecins, les étudiants peuvent aller voir et étudier les affections vénériennes de la femme.

Et malgré cette pénurie de centres d'enseignement, on laissait s'accumuler à Saint-Lazare des richesses incomparables au point de vue vénéréologique. Ce sont ces richesses que l'on doit utiliser, ce sont elles que l'on doit rendre profitables aux confrères, aux étudiants. Les cours, les leçons cliniques, les examens des malades par les élèves en sont les moyens. Or, je vois dans le décret de décembre 1888, le nombre des élèves admis limité à dix. Je crains que ce ne soit à tort et tout doit faire espérer que cette décision sera rapportée.

Je n'oublie pas que la transformation d une prison en une clinique ouverte à tous est une révolution trop grande, trop radicale, et qui pourrait devenir dangereuse. Le *joli monde* (suivant une expression connue), que renferment ces murs, ne tarderait pas à nous attirer des auditeurs qui viendraient pour toute autre raison que le désir de s'instruire. Je pense donc qu'il faudrait réglementer cette entrée, tout en la laissant aussi large que possible pour ceux auxquels elle est *indispensable*.

Il existe à Saint-Lazare un chemin de ronde isolé qui peut donner accès à la partie hospitalière de la maison, possédant une entrée particulière indépendante ; il suffirait de le laisser ouvert et par lui on accéderait à l'amphithéâtre des cours, sans même pénétrer dans les salles des malades. Il serait dès lors possible de laisser, par cette entrée, pénétrer tous les auditeurs qui voudraient venir s'instruire. D'autre part, pour ceux qui, plus assidus, voudraient suivre l'examen clinique journalier, aider aux pansements, assister aux examens des malades, eux-mêmes les examiner, il suffirait d'exiger une carte personnelle, comme à Lourcine, qui serait délivrée par le directeur ou par un chef de service.

Organisée ainsi, l'instruction pourrait être profitable et les cinq ou six cents malades que renferme Saint-Lazare pourraient donner d'utiles enseignements. C'est en propageant et en facilitant l'instruction de la syphilis que les cas deviendront de plus en plus rares où le médecin, méconnaissant une syphilis chez son malade, lui permet de transmettre innocemment l'affection dont il ne se soupçonnait pas atteint.

J'arrive à la deuxième classe d'individus cause de la propagation vénérienne, à celle des conscients. Je veux parler des *femmes dangereuses pour la société*.

Il existe deux variétés de prostituées : les unes qui le sont, si j'ose dire, ouvertement, ce sont les *filles soumises* que l'on peut trouver, surveiller, examiner, retenir à volonté. Celles-ci je n'ai pas à en parler, si ce n'est pour demander pour ces *retenues*, je ne dis pas *détenues*, une amélioration de leur régime quand elles sont hospitalisées, de leur costume hospitalier, etc. ; n'oublions pas, sans faire de sensiblerie exagérée, que nous n'avons pas à faire à des *coupables* au point de vue légal, mais à des malades que l'on ne retient que par suite du droit de défense sociale dont je parlais au début et non pour les châtier ; je ne vais pas jusqu'à dire que l'on a à faire à des *victimes du devoir professionnel*, mais je crois qu'en leur rendant moins pénible le séjour pendant lequel elles viennent se faire soigner, elles y viendront plus volontiers, elles chercheront moins à esquiver les visites officielles, elles dissimuleront avec moins d'ensemble les maladies qu'elles peuvent communiquer.

Quant aux insoumises, et j'appelle ainsi toute femme qui, sans compter celle faisant métier de prostitution journalière, néanmoins a suffisamment de relations masculines pour transmettre, propager et multiplier les affections vénériennes et cela d'autant plus facilement qu'on les redoute moins, elles sont insaisissables. Je sais bien que les « râfles » sont relativement fréquentes, mais

ce sont toujours les mêmes femmes que l'on arrête et presque toujours celles qui ne sont pas malades ; les autres ne se font pas prendre. Ce n'est pas la prostitution de la rue qui est la plus dangereuse ; c'est, ainsi que vient récemment de le si bien démontrer mon collègue le Dr Barthélémy, la prostitution des établissements publics, cafés, concerts, bals, brasseries, etc.

Quelle action pourrait-on avoir sur ces femmes les plus dangereuses, je le répète, les plus nombreuses sources où va s'abreuver la syphilis parisienne ? Une action de persuasion, si je puis ainsi dire (et ici je semble en apparence me mettre d'accord avec les adversaires de la police des mœurs). Leur assurer des soins non déshonorants dans une prison (j'emploie des termes qui peuvent sembler étranges, mais qui n'ont d'autre but que de me bien faire comprendre) et surtout *du pain*.

Des soins non déshonorants dans une prison, c'est-à-dire faire perdre à Saint-Lazare son nom et par suite sa mauvaise réputation. Que la nouvelle organisation soit pour cette immense maison l'occasion d'un nouveau baptême. Lequel ? Asile sanitaire, maison sanitaire, syphilicôme, peu importe. Et peu à peu l'horreur qu'inspire cet établissement trop peu connu, disparaîtra avec la reconnaissance des services qu'il rendra. Ouvrir une consultation externe, ce qui est extrêmement facile et qui ne coûtera rien à l'administration, une consultation aux portes indépendantes, isolée, donnant sur la partie hospitalière de la maison, laissée largement ouverte, portant l'indication affichée des jours et des heures de consultation des médecins et des chirurgiens, puis peu à peu on verra le quartier s'y habituer, et ce n'est plus à Saint-Lazare que l'on viendra, on viendra au médecin, au chirurgien qui veut bien donner ses soins.

Enfin, il faudra admettre toutes les femmes qui voudront se faire soigner ; cela rentrera dans le deuxième desideratum que j'énonçais pour atteindre les insoumises malades, leur donner du pain.

Du moment qu'on ne les traitera plus comme des prisonnières, mais comme des malades, qu'on les soignera avec *les égards* (je n'exagère rien), qu'on doit à toute malade, qu'enfin on leur assurera l'existence pendant qu'elles sont en traitement, elles consentiront, bien plus elles demanderont à être soignées.

La misère des insoumises est en effet un des plus grands moteurs de la propagation des maladies vénériennes. Une femme qui n'a comme métier ou comme moyen d'existence (j'établis une nuance) que son corps, est atteinte de blennorrhagie, de syphilis, elle n'a qu'un léger écoulement, quelques plaques muqueuses, elle ne pourra nulle part se faire soigner ; aucun hôpital, sauf Lourcine, ne l'acceptera, et Lourcine est bien petit pour l'immense armée des prostituées. On les renvoie après leur avoir donné une ordonnance, lorsqu'elles se présentent pour entrer à l'hôpital.

« L'hôpital est fait pour les malades qui ne peuvent travailler, or, vous pouvez le faire, dit-on à celles qui demandent un lit ; des plaques muqueuses à l'anus, sur les lèvres, n'empêchent pas de travailler. »

Elles retournent travailler et leur travail c'est la prostitution ; que faire ? Il faut que ces malheureuses mangent, il faut qu'elles paient leur logement, elles ne peuvent chômer pendant qu'elles sont malades ; elles continuent leur métier, véritables dangers sociaux dont on ne peut les punir, elles ont droit à l'existence, et vous ne pouvez les forcer à l'inaction *manu militari*, que du jour où vous leur aurez donné les moyens de ne pas nuire, c'est-à-dire de se soigner spontanément sans mourir de faim.

Le droit à la vie est imprescriptible, et coupable serait l'Etat s'il condamnait, sans donner les moyens d'éviter le châtiment. Ce n'est qu'à cette condition que le devoir de protéger la Société lui confère le droit de violer la liberté individuelle.

Comment serait faite l'admission des malades ? D'une manière bien simple, par la consultation, suivant le désir qu'en manifesteraient les malades ou qu'on leur suggérerait. Mais alors, va-t-on dire, c'est un hôpital qui va se créer. Oui et non. Oui si l'on envisage comme hôpital tout endroit où l'on soigne gratuitement des malades ; non, si l'on considère que c'est le meilleur moyen de prophylaxie sociale, le meilleur moyen que possède l'Etat pour se défendre ; ce qui est le seul but que nous nous proposons.

Une question se pose. Aurait-on le droit de retenir ces malades si elles réclamaient leur sortie ? Non, évidemment. Il faudrait même qu'elles sachent qu'elles pourraient sortir, ainsi que cela se fait à Lourcine, mais que ce sera à leurs *risques et périls*. Je n'ai envisagé que les femmes venant spontanément, c'est-à-dire les *non coupables*. Elles le deviendront, du jour où connaissant qu'elles peuvent *vivre* et se *soigner*, elles continueront à infecter les populations. Alors de ce jour les arrestations deviendront légales (et ici je deviens absolument partisan et défenseur de la police des mœurs), de ce jour aussi on aura le droit et le devoir de retenir, je dirais volontiers alors de détenir celles que l'on aura arrêtées et trouvées malades dans ces conditions.

En résumé, établir trois catégories très nettes, très séparées de malades :

Les filles soumises entrant spontanément ou envoyées par la préfecture et *retenues* jusqu'à guérison ;

Les filles insoumises venues spontanément et considérées comme malades libres : ces 2 classes de malades vivant sous le régime hospitalier ;

Enfin les filles insoumises *arrêtées* et *détenues* jusqu'à guérison, et placées sous le régime pénitentiaire.

Toutes ces réformes, que je crois faciles à mettre à exécution, n'éveilleront aucune susceptibilité et pourraient, je le pense, aidées de quelques autres prises au point de vue de la restriction de la prostitution, avoir grand effet pour obtenir la diminution et peut-être l'extinction des maladies vénériennes, cet idéal vers lequel doivent tendre tous nos efforts.

(*Bulletin médical*.)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des médecins du Morbihan (*Suite*).

Communication est alors donnée par M. le docteur Cousyn de la délibération du conseil d'hygiène du 14 octobre 1884.

Le conseil était appelé dans cette séance à répondre aux deux questions suivantes, posées par M. le Ministre du Commerce :

1° Quel inconvénient y a-t-il à ce que les officines de pharmacie tenues par les sœurs et existant dans l'arrondissement soient maintenues ?

2° Au cas ou ces officines seraient supprimées, les populations pourraient-elles continuer à se procurer des produits pharmaceutiques ?

Après avoir pris connaissance des résolutions adoptées par le conseil d'hygiène, tous les membres du Syndicat présents s'associent à ces résolutions et protestent eu principe contre l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie dans le département.

Ils sont d'avis que la tolérance des officines tenues par des religieuses, qui font autant de médecine que de pharmacie, empêche et empêchera à tout jamais l'établissement des médecins dans les campagnes où leur présence serait le plus nécessaire.

Ils ne peuvent admettre que la loi continue à être violée impunément, et à propos de la loi qui régit la matière, ils relèvent en particulier cette grave infraction qui lui est faite dans certaines communes, notamment dans celle de Quéven, où les sœurs sont admises à payer patente, ce qui semble autoriser implicitement leur droit à exercer la pharmacie.

Les membres du Syndicat présents décident qu'un extrait de la délibération d'aujourd'hui concernant l'exercice illégal de la médecine dans le Morbihan sera adressé par les soins du Président à M. le Préfet du Morbihan à l'effet d'être transmis sous forme de vœu à M. le Ministre du commerce.

La parole est ensuite donnée à M. le docteur Waquet pour exposer certains principes de déontologie médicale qu'il serait heureux de voir adopter par les membres du Syndicat.

Ces principes discutés et modifiés sont adoptés comme suit:

1° Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels et par conséquent en observant, les uns vis-à-vis des autres, les plus grands égards en actes et en paroles.

2° La qualité de client dure autant que la maladie, à moins que celle-ci ne soit une affection chronique.

3° Le cabinet du médecin est un terrain neutre où tous les malades doivent avoir accès.

4° Tout médecin appelé accidentellement auprès d'un malade en traitement, en l'absence du médecin traitant, devra se borner à prescrire les soins nécessaires pour parer aux besoins du moment et ne faire aucune réflexion sur la médication suivie. Il ne se représentera chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

5° Dans le cas où le malade après observations du médecin appelé en second lieu refuserait formellement de continuer à recevoir les soins du premier médecin, le nouvel appelé ne devrait accepter la succession de son confrère qu'après s'être assuré du règlement des honoraires de son prédécesseur; il pourrait, s'il le veut, en prévenir le Président du Syndicat, pour éviter tout conflit.

6° Un médecin syndiqué ne doit pas refuser de se trouver en consultation avec un confrère du Syndicat s'il n'a des raisons personnelles graves qui l'en empêchent.

7° Les consultations seront faites entre les médecins à l'exclusion de toute personne étrangère ; le médecin consultant a le devoir de résumer les résultats de la consultation et d'indiquer les modifications à faire au traitement, en s'abstenant vis-à-vis du malade et de son entourage de toutes réflexions pouvant porter atteinte à la considération du médecin traitant.

8° Le médecin syndiqué ne se permettra pas davantage, dans son cabinet ou lorsqu'il se présentera chez un malade, d'observations sur les confrères consultés avant lui ; cette règle sera observée vis-à-vis de tous les confrères, qu'ils fassent partie ou non du Syndicat. Si l'on ne respecte pas certaines gens, encore doit-on respecter la profession même dans leurs personnes.

Le président demande ensuite à la réunion que les membres du Syndicat du Morbihan veuillent bien adhérer à la *Société civile du Concours médical,* qui est aujourd'hui l'organe officiel des Syndicats des médecins de France.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Des formules d'adhésion seront donc envoyées aux membres du Syndicat Morbihannais et seront renvoyées au Président pour qu'il les fasse parvenir au directeur du Coucours Médical.

Couformément aux statuts, le bureau est réélu comme suit pour trois ans :

MM. les docteurs Cousyn, *Président*,
Waquet, *Secrétaire*,
Le Querre, *Trésorier*.

Les bureaux d'arrondissement sont maintenus comme précédemment.

Un banquet confraternel réunissait le soir les membres présents.

Compte-rendu de la Réunion des Membres du Sous-Syndicat médical de l'arrondissement de Lorient (Morbihan).

La séance est ouverte sous la présidence de M. le docteur Cousyn, près duquel prennent place M. Moras, trésorier. M. Le Moyne, secrétaire absent, est remplacé par M. Waquet.

La lettre de convocation portant à l'ordre du jour la question des tarifs, le Président expose ses vues à ce sujet, et n'a pas de peine à convaincre ses confrères, que les tarifs adoptés jusqu'ici sont, daus certains cas, dérisoires, dans d'autres onéreux pour le médecin.

Du reste, les tarifs proprement dits n'ont jamais existé ; il propose donc d'en établir et d'adresser un exemplaire de ce travail, non seulement aux membres du Sous-Syndicat de l'arrondissement de Lorient, mais à tous les membres du Syndicat du Morbihan.

Après une longue discussion à laquelle prennent part tous les membres présents, la réunion tombe d'accord sur la nécessité de diviser la clientèle en 3 catégories et d'adopter, par suite, un tarif eu rapport avec la position sociale de chaque catégorie.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'un tarif *minimum*, les médecins faisant partie du Syndicat restant toujours libres de majorer le tarif selon les circonstances particulières dans lesquelles ils se trouveront.

D'un autre côté, ce tarif ne s'appliquera qu'aux relations de médecins à clients ordinaires, les relations des médecins avec les Sociétés de Secours Mutuels et avec les différentes administrations de-

vant faire l'objet d'études et de résolutions ultérieures.

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Manière de conserver le thermo-cautère en bon état.

Voici l'instruction contenue dans toutes les boîtes ; souvent on l'égare et nous la reproduisons sur la demande qu'on nous a adressée très souvent.

Le titre de l'essence minérale mesuré avec le densimètre à pétrole, à 15°, doit marquer 700 à 720°, c'est-à-dire qu'elle doit peser 700 à 720 gr. le litre.

L'essence ne doit occuper *au plus* que le *tiers* de la capacité du réservoir.

La poire de Richardson peut être remplacée à la rigueur par un soufflet de cheminée.

La température de l'essence doit être pendant toute la durée de l'opération à 15 ou 20°. Pour cela il suffira de tenir le flacon dans la main ou dans une poche. La température sera suffisante. Une température exagérée s'opposerait à l'incandescence du cautère.

La lame de platine sera portée dans les parties latérales de la flamme au niveau du milieu. Se servir d'alcool pur pour la lampe.

Eviter de chauffer le cautère au blanc lumineux.

Si pendant l'opération le cautère se refroidit, faire marcher vivement la soufflerie et au besoin le reporter dans la flamme de la lampe.

L'opération terminée, avant de laisser éteindre le cautère, le porter au rouge vif par quelques insufflations rapides, puis, *pendant qu'il est en pleine incandescence, séparer brusquement le tube en caoutchouc du manche.*

Laisser refroidir le cautère *à l'air libre*.

L'essuyer avec un linge mouillé.

Enfin, si on se sert peu souvent de l'outil, avoir soin de chauffer de temps en temps les différents cautères. Si ces conseils donnés par M. Colin étaient suivis à la lettre, l'instrument ne serait jamais en défaut.

REPORTAGE MÉDICAL

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Paris, le 17 juin 1890.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous informer qu'afin de laisser aux auteurs des différents projets sur la question de « l'assurance contre la maladie », le temps nécessaire pour réunir tous les chiffres et documents indispensables à un examen approfondi du sujet, la commission du conseil général, chargée de cette étude, a fixé au 3e vendredi d'octobre (17), à 3 h. 1/2, rue d'Aumale, 7, à Paris, la séance à laquelle elle vous prie de vouloir bien assister.

La commission vous serait reconnaissante de lui communiquer, dans cette réunion, tous les renseignements dont vous disposez, à l'appui du projet ou de l'étude que vous vous proposez de présenter, et de laisser entre les mains de M. le Secrétaire, un résumé de votre travail, avec le texte complet de vos conclusions.

Dans le cas où il vous serait impossible de vous rendre à cette séance, vous êtes instamment prié d'adresser, pour la date ci-dessus indiquée, — à M. le Secrétaire Général, qui les transmettra à la commission — les documents réclamés plus haut, et notamment ceux relatifs au taux de la cotisation, et au mode de fonctionnement de l'œuvre d'assurance, dans les villes principales, et dans les communes du département.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de notre reconnaissance pour le concours que vous voudrez bien donner au conseil général de l'Association dans l'étude de cette question, et recevoir l'expression de mes sentiments très distingués. Dr A. Riant.

Nous nous sommes empressés de reproduire la lettre qu'on vient de lire, pour permettre à tous nos lecteurs, que la question intéresse, de rédiger leurs projets d'organisation et de les faire parvenir à M. le secrétaire général, qui pourrait, peut-être, leur adresser alors une invitation spéciale à la séance. En tout cas, chacun doit s'intéresser à cette enquête ; — les projets seront, nous le supposons, examinés et discutés successivement. Puis on votera pour l'adoption du projet qui paraîtra préférable à tous les autres et alors le conseil général aura probablement la mission de le perfectionner et de le mettre à point, avant de le soumettre aux délibérations ultérieures.

Le choléra en Espagne. — L'épidémie, quoique restreinte à la province de *Valence*, n'en est pas moins caractérisée et son développement justifie toutes les mesures prophylactiques prises par les gouvernements d'Espagne et de France. Ces mesures sont sévères et il faut espérer qu'elles auront le pouvoir de limiter la propagation du fléau. Etuves à vapeur sous pression, à la disposition de MM. Charrin et Netter, à *Cerbère* et à *Hendaye*; infirmeries provisoires ; examen de tous les voyageurs et signalement de leur destination aux communes intéressées.... voilà quelques-unes des précautions qui, jointes à l'interdiction des fruits et légumes venant d'Espagne, ont été prises tout d'abord.

D'où vient l'épidémie ; est-elle née sur place par la reviviscence des germes de l'épidémie antérieure ? Est-elle venue, comme on le prétend, des Philippines ? de Gibraltar ? Ce sont des questions qu'on étudie.

Les Espagnols ne paraissent pas accorder grande confiance aux injections préservatives du docteur Ferran. On vient de les lui défendre dans plusieurs communes.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Revue de la masso-électrothérapie, 3e numéro. Sommaire : Action physiologique et applications thérapeutiques du massage. Céphalalgie et massage. La circulation et le massage. Rédacteur en chef : Docteur A.-S. Weber. — Principaux collaborateurs : Docteurs Barety de (Nice) ; E. Berger, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Gratz ; Bérillon (de Paris) ; Gilles (de Paris) ; Mervy (de Paris) ; William Murrell, professeur à Westminster Hospital de Londres ; Norstroem (de Paris) ; Raoul Vaucher (de Paris) ; Vulliet, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

Abonnements : Paris, 6 fr. par an ; Départements, 8 fr. ; Etranger, 10 fr. Le numéro : 0 fr. 60 centimes.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année **N° 27** 5 Juillet 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Encore l'assurance en cas de maladie

—

Dans l'article de tête de la *Tribune médicale* du 5 juin dernier, M. le Dr Gallet-Lagoguey, répondant à un article paru au *Concours Médical* le 8 mars, critique les données mathématiques de notre projet de création d'une caisse de secours en cas de maladie, nous accuse d'inexactitude, d'imprévoyance, d'erreur et conclut, en somme, à ceci : que notre projet est absolument inacceptable au point de vue pratique.

Nous allons en quelques mots répondre aux assertions de notre confrère qui, lui-même, en nous citant, n'a pas été à l'abri de l'erreur.

M. Lagoguey remarque en premier lieu des différences sensibles entre les chiffres du tableau publié par le *Concours Médical* et ceux donnés par M. Neison. Ainsi, dit-il, de 1885 à 1888 M. Maurat donne, d'après le tableau Radley, le chiffre total de 844 assurés et 12,357 journées de maladie, tandis que M. Neison donne 897 assurés et 13,898 journées de maladie.

Nous pourrions nous retrancher derrière les documents fournis par M. Radley, secrétaire général de l'œuvre, bien placé pour avoir les renseignements exacts que nous avons simplement copiés, mais il est plus simple de prier M. Lagoguey de vouloir bien se reporter à notre tableau et remarquer qu'il a fait erreur. Nous avons donné non pas 12,357 journées de maladie, mais bien 13,457, ou, s'il préfère que nous reproduisions le document anglais, 1,922 semaines et 3 jours. En outre, dans le document que nous possédons, M. Radley nous dit : « Pour l'année 1884, la Société avait seulement un *très petit* nombre de *membres* « assurés et seulement *pour trois mois*, si « bien qu'un relevé de cette année serait sans « valeur. »

De là provient sans doute la petite erreur qui existe entre nos chiffres et, comme nos renseignements embrassent une période plus étendue que tous ceux publiés jusqu'à ce jour, puisqu'ils vont jusqu'à la fin de l'année 1889, nous pensons qu'il n'y a là qu'un simple défaut de concordance de dates.

M. Lagoguey nous reproche ensuite de prendre pour point de départ de nos évaluations la *moyenne actuelle* des journées de maladie de la société anglaise et non celles prévues d'après les statistiques générales. Entendons-nous : en cela et dans toute la discussion qui suit, M. Lagoguey fait une confusion regrettable entre sa propre association et celle que nous proposons d'établir. Ces deux organisations n'ayant aucun point de commun ne sauraient découler de données communes. Que peuvent bien nous importer les moyennes de journées de maladies de Sociétés qui, comme les *sociétés de secours mutuels*, les comptent du premier jour ou, comme *l'Association Mutuelle de la Seine*, les comptent indéfiniment, à nous, qui nous limitons étroitement et ne faisons entrer dans nos calculs que les maladies durant au moins 10 jours et seulement 4 mois ?

Tous ces calculs, largement exposés, portent à faux et ne nous sont pas applicables. Quand M. Lagoguey vient nous dire que nous aurions dû, d'après la Société anglaise, prévoir une moyenne de journées de maladie de 7.33 par sociétaire et que même, d'après lui, cette moyenne est trop faible pour nous, il prouve simplement que, plein de son sujet et n'ayant

dans l'esprit que sa propre organisation, il n'a pas saisi l'économie de notre projet.

Quel a été notre point de départ ? Nous ne saurions trop le répéter : convaincus, comme l'immense majorité de nos confrères, qu'il était bon et même nécessaire de créer, pour les médecins, une caisse d'assurances en cas de maladie, mais convaincus également, que les primes réclamées par *l'Association anglaise* et par *l'Association mutuelle de la Seine* n'étaient pas accessibles à la bourse de la majorité des praticiens de province, qui sont certes les plus intéressants et doivent retirer de cette organisation le plus de bienfaits, nous avons cherché à diminuer cette prime. Mais il nous a fallu nécessairement aussi diminuer les risques. En proposant de ne payer l'indemnité qu'au sociétaire malade pendant au moins dix jours, nous avons, d'après le tableau anglais, diminué nos risques de 7.25 %. En ne continuant cette indemnité que pendant quatre mois, nous avons également diminué nos risques de 15 %.

Or cette Société anglaise pendant une période de 5 années n'a eu qu'une moyenne de 4.93 jours de maladie par sociétaire ; nous sommes donc en droit de dire que la nôtre, dont les risques sont diminués de plus de 22 %, n'aurait eu, pendant la même période, qu'une moyenne de 3.85 journées de maladie. En établissant nos calculs sur une moyenne de 4.80 nous laissons une large marge à l'aléa.

Vainement M. Lagoguey nous objecte qu'une période de cinq années ne prouve rien. Nous lui répondrons qu'elle prouve, au contraire, à l'évidence, l'erreur du point de départ de l'Association anglaise et la majoration de ses primes. Cette société, pour établir la base de ses calculs, a puisé ses renseignements à des sources diverses donnant toutes *la totalité* des journées de maladie de leurs sociétaires, mais elle n'a pas pris garde qu'elle-même en élimine un nombre considérable en ne payant que les maladies d'au moins 7 jours de durée et ne donnant que 1/2 indemnité au bout de 6 mois.

C'est ce qui fait qu'au bout de 5 années d'exercice, en fin décembre 1888, d'après le rapport de M Neison, cité par M. Lagoguey, la Société anglaise (non compris, bien entendu, ses réserves statutaires) possédait un excédent de 151.375 fr., que le dit M. Neison, avec une prudence légitime, mais que l'avenir démontrera inutile, conseille de ne pas *encore* distribuer aux sociétaires, pensant qu'il est préférable d'attendre l'épreuve d'une nouvelle période de cinq ans.

Comment, en présence de ces résultats, M. Lagoguey peut-il légitimement prétendre que les prévisions anglaises qui ont servi de base à nos calculs ne sont pas une garantie suffisante ?

La suite de l'argumentation de M. Lagoguey, tout en continuant à être inapplicable à notre projet, est cependant plus sérieuse et atteint un but qu'il ne cherchait sans doute pas. Elle est, pour moi, la meilleure défense qu'il ait jamais fournie de son organisation, et je n'hésite pas à reconnaitre qu'en effet il lui sera possible de remplir ses promesses, si quelque série noire ne se présente pas au dé-

FEUILLETON

L'enseignement par les spécialistes.

Je ne viens pas prêcher pour mon saint et pour mon clocher, mais me réjouir avec la plupart des lecteurs de ce journal du mouvement de progression en avant, qui a enfin gagné les hautes sphères de la Faculté.

Les professeurs se sont longtemps montrés réfractaires ; mais le mouvement de l'opinion a été tel qu'ils ont dû se décider à spécialiser certaines chaires. — La création de la clinique des maladies des voies urinaires, en faveur du Dr Guyon, est la dernière innovation entreprise dans cet ordre d'idées. — Ce n'est pas fini et il faudra bien qu'on se décide à élargir les cadres jusqu'alors fermés de l'enseignement.

Il n'y a pas à compter sur les bonnes raisons qui pourraient être invoquées pour justifier cette mesure, car elles iraient se briser contre l'inertie et la routine des bureaux, mais bien sur la nécessité de ne pas rester au-dessous de l'étranger. — Jadis, en France, nous avions de l'initiative, on copiait nos institutions ; aujourd'hui, les rôles sont intervertis et nous sommes obligés d'aller chercher des modèles et des exemples, en bien des choses, en dehors de nos frontières.

Toute une série d'améliorations urgentes s'imposent, au point de vue de l'instruction pratique des étudiants en médecine, si nous voulons être au niveau de nos voisins. Pour ne parler que de ce qui se passe à Vienne, par exemple, il est certain que les éléments d'enseignement y sont beaucoup plus nombreux, beaucoup plus à la portée des élèves, que chez nous.

Les cours y sont espacés, d'heure en heure, du matin au soir, dans un même local, de façon à ce que les auditeurs n'aient qu'à se déplacer, qu'à passer d'un amphithéâtre à l'autre, pour pouvoir entendre plusieurs leçons sans perte de temps. — On peut même assister, dans la même journée, à des expérimentations, à des conférences variées sur la même branche d'enseignement, sur les maladies de la peau, par exemple, sur la laryngologie, l'otologie, etc., connaitre, en quelques heures, l'exposé des idées personnelles, parfois contradictoires, des *privat-docent* sur un même problème pathologique.

Si bien, qu'en quelques mois un médecin pressé peut se constituer un bagage scientifique, très suffisant pour se consacrer à une spécialité quelconque.

A Paris, il est impossible d'en faire autant ; rien de pareil n'existe et l'enseignement privé, loin d'être encouragé, est plutôt vu d'un mauvais

but, et à la condition cependant qu'il renonce à rembourser les versements des décédés à leurs ayants droit.

Mais alors je lui fais un autre reproche : les sociétaires atteints de maladies aiguës touchent trop peu, eu égard à l'élévation de leur prime, et les chroniques sont comblés outre mesure et hors de toute proportion. Car, pour rappeler les paroles du Dr Roussel, de Saint-Etienne : « Après un versement de « 60 fr., qu'un associé soit frappé le 7e mois « d'une maladie incurable, le voilà désor- « mais à la charge de la Société ; au bout de « 12 ans, et sa vie peut se prolonger plus « longtemps encore, il aura touché (1) « 43.000 fr. Ce n'est plus un placement, c'est « la pêche miraculeuse........ le *summum* « *jus* devient l'injustice suprême. »

Pour nous résumer, et sans contester l'exactitude des chiffres de M. Lagoguey, dont quelques-uns sont cependant discutables, nous dirons :

L'organisation proposée par le *Concours médical*, non comme *projet ferme*, mais comme base de discussion d'une association plus large et plus abordable que celle de M. Gallet-Lagoguey n'est, en rien, atteinte par son article qui n'a fourni aucun argument topique contre elle.

Les moyennes des journées de maladie qui, pour les Sociétés étudiées par lui, varient de 7.33 à 9 72, ne sauraient fournir aucun élément d'appréciation pour la création d'une Société ne tenant pas compte des maladies de moins de dix jours et de plus de quatre mois.

L'Association anglaise, avec les tableaux détaillés qu'elle nous a fournis, est, au contraire, une base des plus solides que M. Lagoguey n'a du reste pas cherché à discuter.

Il reste maintenant un moyen fort simple à notre honorable contradicteur de nous prouver que nous sommes dans l'erreur : son association est bien jeune, mais cependant qu'il publie, ou nous communique un tableau détaillé de ses opérations et qu'il nous prouve qu'avec une prime de 48 fr. nous aurions été incapables de payer 10 fr. par jour aux sociétaires dont la maladie a duré de 10 jours à quatre mois. Nous nous inclinerons en reconnaissant notre erreur et, bien plus, nous le remercierons de nous avoir arrêté dans une voie dangereuse.

Si, au contraire, notre projet d'organisation, après avoir rempli ses engagements, laisse encore une large marge de bénéfices, il sera obligé de reconnaître qu'il s'est trompé en prétendant que notre projet est « inacceptable au point de vue pratique ».

Dr Maurat.

(1) M. Roussel n'indique qu'un chiffre bien inférieur et erroné.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Automatisme comitial ambulatoire.

MM. *Chantemesse* et *Widal* ont observé un malade qui a des accès de déambulation automatique durant plusieurs jours et en outre des accès plus légers qu'il peut maîtriser dans certains cas.

œil par les titulaires officiels. — On a essayé, c'est vrai, de faire une place plus large aux jeunes agrégés ; mais on n'a pas assez utilisé ces forces vives, qui ne demandent qu'à se dépenser et surtout on n'a pas ouvert largement les portes à toutes les bonnes volontés.

En Angleterre, on voit des prédicants, pasteurs ou non, s'installer tout à coup en plein vent, sur la borne du chemin, et prêcher la parole sainte avec ardeur, dès qu'ils ont pu réunir un auditoire.

Je voudrais qu'on fît quelque chose d'analogue pour tous les médecins, qui se croient capables d'enseigner, qu'on leur abandonnât un recoin quelconque, où ils pourraient distribuer sans entraves la manne scientifique aux disciples, qui voudraient s'assembler autour d'eux. — Ceux-ci se chargeraient de faire la sélection et d'éliminer les non-valeurs ou du moins ceux dont le talent d'exposition laisserait à désirer.

L'expérience a du reste, été faite en petit, à diverses reprises. Je n'ai qu'à rappeler l'affluence du public, autrefois, aux leçons d'anatomie du Dr Fort, aux cours de médecine opératoire du Dr Tillaux et plus récemment aux remarquables cliniques du Dr Besnier, à l'hôpital Saint-Louis. — Il n'y a jamais assez de place et on sort toujours en ayant appris quelque chose. Il n'y a jamais eu qu'un cours vraiment pratique à la Faculté, c'est celui du professeur Pajot. — Aussi, quoique l'heure de midi fût peu commode, l'amphithéâtre était bondé d'avance, parce qu'on était sûr de s'instruire des choses essentielles, pendant un semestre.

Les autres cours officiels ne sont pas faits en vue des examens, en vue des élèves ; ils doivent marquer le niveau scientifique. Dès lors, qu'on les réserve pour l'élite, pour les internes, pour les candidats au bureau central et à l'agrégation, pour les étrangers ou pour nos compatriotes qui veulent se perfectionner et ne laisser aucun point d'interrogation sans solution.

Mais pour la grande masse des étudiants, qui ne consacrent que 5 à 6 ans à leur instruction technique, il n'est pas nécessaire de planer si haut ; ils ont besoin d'être initiés promptement aux faits vulgaires et de tous les jours, contre lesquels ils auront à se mesurer, le lendemain même de leur installation, dans le petit trou de province, où ils auront transporté leurs pénates. — On ne leur demandera pas de finesses, de transcendances ; mais ils devront savoir un peu de tout, être même dentistes et pédicures, pour faire face, sous peine de dépréciation, à toutes les nécessités quotidiennes. — Il faudra surtout qu'ils puissent formuler une ordonnance, car le malade veut qu'on lui donne quelque chose et il s'agit au moins de ne pas lui faire de mal, *primo non no-*

Son hérédité est très chargée : les alcooliques et les aliénés sont nombreux dans la famille. Lui-même est comitial. Il a eu, par suite de ses absences cérébrales, des mésaventures nombreuses : au régiment il fut puni parce qu'on le crut en état d'ivresse ; étant employé d'octroi, il fut accusé de favoriser la contrebande, parce qu'il laissa passer des voitures sans les examiner. Le bromure à la dose do 4 à 6 grammes paraît avoir amélioré son état.

A propos de cet homme, M. *Duponchel*, médecin militaire, a insisté sur la nécessité de vulgariser la connaissance des faits de cet ordre dont l'importance médico-légale est considérable, étant donnée la gravité des pénalités du code militaire pour certains actes tels que l'abandon de son poste ou la désertion. Quelque automate irresponsable pourrait un jour commettre ces actes sous l'influence de son impulsion morbide.

Traitement de la pneumonie grave par les bains froids.

M. *Barth* a rappelé que l'idée d'appliquer les bains froids au traitement de la pneumonie date de Bartholin au XVIIe siècle, et que de notre temps, en Allemagne et en Suisse, des médecins de grande valeur l'ont expérimenté non sans succès (Tismer, à Bâle, et Liebermeister). M. Barth vient de traiter ainsi sept malades dont six très gravement atteints ; un seul a succombé.

L'analyse physiologique de l'état du pneumonique et des conditions qui mettent sa vie en danger montre que le principal péril est dans les troubles cardiaques : l'hyperthermie fébrile, l'adultération du liquide sanguin par les résidus toxiques des combustions organiques excessives et par les produits fabriqués par les pneumocoques altèrent et paralysent la fibre cardiaque. Le cœur droit, dont la tâche est accrue par l'accélération des mouvements respiratoires, par la stase sanguine dans le poumon, est exposé à se laisser dilater et, quand la contractilité cardiaque faiblit, l'hématose est compromise par l'augmentation de la congestion du poumon.

Le bain froid a plusieurs effets, parmi lesquels la soustraction physique du calorique, que tant de personnes croient le résultat unique du bain froid, est en réalité le moins important et le plus douteux ; car la soustraction de calorique est très passagère. Ce qui est plus digne d'attention, c'est l'influence sur l'appareil respiratoire, sur les sécrétions et le système nerveux.

Deux phénomènes opposés se succèdent : d'abord, pendant l'immersion, le froid sur la peau détermine une contracture violente des vaisseaux périphériques et le reflux du sang vers les cavités profondes ; la tension sanguine s'accroît et le travail du cœur avec elle.

Le malade retiré du bain, la réaction détermine un mouvement inverse : le sang afflue de nouveau dans les vaisseaux cutanés, les distend, et abandonne en partie les cavités splanchniques ; il se produit une révulsion énergique, analogue à celle que déterminerait l'urtication, jadis préconisée par Trousseau.

En même temps qu'il agit sur l'appareil circulatoire, le bain froid exerce sur le système nerveux une stimulation énergique. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder ce qui se passe pour les typhiques traités par la méthode de Brand ; le cerveau, qui semble se réveiller dès le moment de l'immersion, le délire, s'il y en avait, qui se calme, la connaissance qui revient, les mouvements du corps qui deviennent plus faciles, le pouls qui prend plus de force, la respiration qui se régularise et qui devient plus profonde, souvent une quinte de toux énergique, qui débarrasse les bronches des mucosités stagnantes. Toutes les parties du système nerveux éprouvent cette influence tonique et sédative à la fois, et chacune d'elles la manifeste par un accroissement d'énergie de sa fonction propre.

---

cere. — La thérapeutique est vraiment délaissée et les pharmaciens ont bien raison parfois de rire à nos dépens, en constatant comment sont libellées certaines prescriptions.

Donc, il y a lieu d'élargir les voies et de multiplier les sources d'instruction. — Il ne s'agit pas, bien entendu, de créer de nouvelles sinécures bien rémunérées. — Les caisses sont vides, c'est connu et il est inutile de faire appel au ministère. — Mais que les intéressés se fassent payer, comme cela se fait ailleurs ; ils seront ainsi dédommagés de leur peine et trouveront dans le zèle qu'ils apporteront à leur tâche la meilleure des récompenses, une notoriété de bon aloi. — Les élèves iront vite trouver ceux qui le mériteront ; ce sera justice et nos maîtres de la Faculté, quoique un peu délaissés, n'auront pas à en concevoir d'ombrage, car ils doivent plutôt tenir à la qualité qu'à la quantité des assistants.

Quant au local, il est tout trouvé ; il n'y a plus qu'à approprier les nombreuses salles de l'École Pratique, qui, par une incurie incompréhensible, n'ont pas reçu, depuis si longtemps qu'elles sont terminées quant au gros d'œuvre, une destination définitive.

C'est là où il faut admettre tous les travailleurs, qui, à un titre quelconque, ont des vérités à faire entendre, non pas en leur faisant payer une location dérisoire et vexatoire, quelque minime qu'elle soit, comme cela se fait aujourd'hui ; mais en leur faisant fête, mais en appelant sur leur boutonnière les récompenses officielles, dans l'intérêt des jeunes générations, dans l'intérêt de la patrie, qui a plus besoin que jamais d'avoir des citoyens sains de corps et d'esprit.

Le travail est, à l'heure actuelle, la vertu maîtresse par excellence, la plus éclatante marque de patriotisme. Je sais bien que l'étude apporte avec elle sa récompense. Il n'y a pas de joie comparable à celle de se meubler l'esprit, d'écrire, d'enfanter dans l'allégresse, dans une abondance de vie qui se répand ; mais enfin, l'Etat et les hommes éminents qui détiennent une partie du pouvoir, surtout au point de vue de notre développement intellectuel, doivent encourager les *bûcheurs*, qui veulent faire entrer dans leur être tous les modes imaginables, ouvrir les portes de leur âme à toutes les sciences et à tous les sentiments. Pourvu que cela n'entre pas pêle-mêle, il y a place pour tout le monde.

C'est l'avis de Voltaire, qui disait, en parlant des Muses : « Je les aime toutes neuf et il faut avoir le plus de bonnes fortunes qu'on peut, sans être pourtant trop coquet ! »

Dr GRELLETY.

Enfin, le bain froid augmente les sécrétions. La sécrétion salivaire, celle de la sueur, en subissent l'influence manifeste ; mais c'est surtout la sécrétion urinaire, qui reparaît rapide et abondante ; l'albuminurie, d'autre part, quand il en existait, cesse bientôt, le filtre rénal fonctionne mieux, par conséquent l'organisme est en état de se débarrasser non seulement des résidus de la combustion organique, mais encore des poisons solubles élaborés par les microbes infectieux.

On le voit, l'action du bain froid ne se borne pas à combattre l'hyperthermie ; décongestionner le cerveau et le poumon, fortifier le cœur et les centres nerveux, combattre l'infection en favorisant la sécrétion urinaire, il peut tout cela dans la pneumonie comme dans toute autre maladie aiguë fébrile, — mais à une condition, c'est que l'organisme soit en état de réagir. Il en est de l'antipyrèse, comme de tous les agents de thérapeutiques : le bain ne peut agir que s'il s'appuie sur un sol résistant.

Le bain froid, il est vrai, avant de soulager le cœur, lui inspire un surcroît de travail ; si sa texture est altérée, si son innervation est défectueuse, l'organe cardiaque peut fléchir sous la charge ; la syncope et l'asphyxie sont à craindre. De même les brusques changements de pression intra-vasculaire ne peuvent être supportés que par des artères souples. Enfin les centres nerveux subissent au moment de l'immersion un shock qui n'est pas sans danger ; si la cellule nerveuse est malade, la stimulation n'aboutit qu'à l'épuisement, au collapsus.

Le premier soin à prendre, avant d'appliquer les bains froids au traitement de la pneumonie, c'est de rechercher si le cœur, les vaisseaux, les centres nerveux sont en état de les supporter.

Le mode d'application du bain froid varie quelque peu suivant les cas. D'une façon générale, on donne un bain froid toutes les quatre heures, le bain de trois heures du matin étant supprimé. La température de ce bain varie quelque peu. Les premiers bains seront donnés presque tièdes (28 à 30°), puis refroidis de 22 à 18°, lorsqu'on craindra un collapsus cardiaque, ou qu'il ne sera pas très sûr que le malade supportera la réaction, en raison de son âge, de son défaut de résistance organique, etc. Dans le cas contraire, on donnera d'emblée le bain froid à 18 ou 20°.

On ajoutera généralement au bain froid, comme stimulant, un peu de grog avant et du vin chaud après. Dans les cas graves, il faut pratiquer une injection de caféine avant le bain et une injection d'éther après.

Si la fièvre persiste malgré les premiers bains, on abaissera un peu plus la température des bains suivants.

M. *Juhel-Renoy* possède une douzaine d'observations analogues à celles de Barth, dont 5 datent de la dernière épidémie de grippe.

Alors il a établi un traitement comparatif de la pneumonie par le tartre stibié, la méthode sanglante, l'expectation, l'alcool et les bains froids, en répartissant dans chaque catégorie des pneumonies de gravité aussi égale que possible ; d'ailleurs, presque tous les malades étaient de vieux athéromateux, épuisés et grippés. Les succès les plus remarquables ont été obtenus avec les bains froids, puis viennent par ordre décroissant le tartre stibié, puis l'alcool, tandis que la méthode sanglante n'a donné à M. Juhel-Renoy que des insuccès.

Traitement de la diarrhée par l'acide lactique.

M. *Hayem*, qui a préconisé, il y a deux ans, l'acide lactique contre la diarrhée microbienne des enfants, n'a pas obtenu un moindre succès dans celle des adultes.

Il prescrit l'acide lactique à la dose de 10 à 15 grammes sous forme de limonade.

Eau	800 gr.
Sirop de sucre	200 gr.
Acide lactique	10 à 15 gram.

à boire par demi-verres en dehors des repas.

La rapidité avec laquelle s'obtient la guérison dans certains cas de diarrhée ancienne, est, paraît-il, extraordinaire.

M. Hayem cite le cas d'une dame qui depuis deux ans avait une diarrhée qui faisait penser à un cancer de l'intestin. Après 5 jours d'acide lactique à 8 gr. par jour, elle se trouva si constipée qu'il fallut la purger !

M. Hayem a guéri par ce moyen trois cas de choléra nostras et propose l'acide lactique comme prophylactique et curatif contre le choléra asiatique : 4 à 6 gr. dans le premier cas, 10 à 20 gr. dans le second.

MÉDECINE PRATIQUE

Des causes et des conséquences de quelques scléroses vésicales.

La plus commune des maladies générales chroniques de notre temps, c'est ce processus dégénératif du système artériel qu'on a nommé l'artério-sclérose. Aboutissant commun de tant d'intoxications par les ingesta ou par les produits solubles que sécrètent les microbes des maladies infectieuses, l'endartérite généralisée progressive est notre ennemie de tous les jours.

Il est rare qu'elle ne frappe pas à partir d'un certain moment tous les viscères de l'économie à des degrés divers, mais il y a évidemment dans la cause de ses localisations prédominantes des raisons qui nous échappent : est-ce un défaut de résistance héréditaire et congénital qui fait que tel ou tel organe est plus atteint ? Est-ce l'usure plus considérable et plus précoce que la vie même amène par un fonctionnement excessif ?

Il y a probablement du vrai dans ces deux hypothèses. Mais il faut reconnaître que l'enquête la plus attentive sur le passé personnel ou les ascendants des malades ne donne pas toujours la clef des localisations de l'artério-sclérose.

Ce qui est le mieux acquis, c'est que dans les familles arthritiques, c'est-à-dire appartenant au groupe du ralentissement de la nutrition (goutte, obésité, diabète, lithiases, asthme, etc.), l'endartérite chronique arrive par surcroît avec une extrême fréquence et que les descendants de ces familles se sclérosent plus vite et plus facilement, toutes autres influences sclérogènes acquises étant égales d'ailleurs.

Ces influences sclérogènes ou sclérosantes que la vie apporte avec elle, sont de deux ordres :

Il y a celles que nous ne pouvons guère éviter : ce sont celles qui découlent des maladies infectieuses aiguës et chroniques. Il est accepté aujourd'hui par les pathologistes que parmi les conséquences fâcheuses des maladies microbiennes il faut placer les scléroses viscérales progressives ; toutes les grandes infections (variole, scarlatine, rou-

geole, fièvre typhoïde) peuvent avoir pour séquelles tardives, mais directes, des scléroses du rein, du cœur, du foie, des centres nerveux ou des nerfs périphériques. La même chose est vraie pour plusieurs infections chroniques : la syphilis par exemple, celle-là nous pourrions l'éviter..... peut être.

Puis, il y a les scléroses acquises par le fait d'intoxications chroniques, imputables pour la plupart à nos erreurs hygiéniques : abus des substances alcooliques surtout, du tabac peut-être ; j'ajouterai certaines intoxications professionnelles par des poisons sclérogènes, comme le plomb.

Quand on est de souche arthritique, issu de goutteux et de rhumatisants, de diabétiques, d'obèses, de lithiasiques, etc., on naît déjà très prédisposé à scléroser ses artères et le tissu conjonctif interstitiel de ses viscères, si les causes accidentelles ou hygiéniques que je viens d'énumérer entrent en jeu. Il faudrait donc que nous y prissions garde pour nous-mêmes et pour nos clients. C'est un fait accepté que les arthritiques supportent mal en général l'alcool et le tabac. On ne devrait laisser prendre d'alcool que le plus tard possible aux enfants d'arthritiques ; c'est ce que je prêche pour ma part dans ma clientèle de toute la force de ma conviction et de mes poumons, et j'ai eu la satisfaction d'être plus souvent écouté et obéi que je n'osais l'espérer en commençant. Je vois pousser déjà et prospérer plusieurs petits enfants de familles arthritiques qui n'ont pas encore bu de vin à trois, quatre et cinq ans. Je cite souvent aux parents, pour les convaincre, l'exemple qui m'a frappé le plus moi-même ; c'est celui du fils d'un confrère parisien, né plutôt chétif et d'ascendants arthritiques, que son père a élevé sans vin, qui n'a commencé à manger de viande qu'assez tard et qui est un enfant superbe. Trop d'alcool et trop de ptomaïnes dans notre vie contemporaine ! Sans être aussi végétarien que tel de mes lecteurs qui m'a naguère fait sa profession de foi à ce sujet avec énergie, je crois qu'on peut élever de beaux enfants avec le lait, les œufs, les légumes, les farines et très peu de viande très simplement accommodée.

Mais je ne veux pas m'écarter de mon point de départ, qui est celui-ci : la dystrophie scléreuse généralisée frappe avec prédominance tantôt le foie, *tantôt le rein*, le cœur, tantôt le cerveau ou la moelle, et nous ne savons pas souvent pourquoi tel ou tel organe est atteint. Quelquefois nous l'expliquons par l'excès de fonctionnement de cet organe. Mais ce que nous savons bien, c'est qu'une fois la localisation faite et très avancée du côté de tel ou tel organe ou appareil, les symptômes et la marche de la maladie jusque-là vague, attestée seulement par la tension artérielle accrue, les radiales dures, se précisent et s'accentuent. Nous suivions l'individu en nous disant : voilà un homme qui se sclérose. Un beau jour nous constatons qu'il est devenu un hépatique ou un rénal, un cardiaque, un cérébral ou un médullaire, — sans compter les cas où les localisations du processus endartéritique sont multiples chez un seul malade ; les associations de scléroses viscérales : une cirrhose du foie, une néphrite interstitielle et une myocardite, — ou une aortite avec une sclérose cérébro-spinale, etc., sont monnaie courante de la clinique.

Si les choses suivaient toujours leur cours logique, on pourrait pronostiquer le genre de mort de chacun de ces scléreux ; à l'un on pourrait prédire (mentalement, bien entendu) l'urémie, à l'autre l'asystolie, à un troisième le ramollissement cérébral, etc.

Mais il y a presque toujours des éléments qui viendront modifier les conditions du problème ; la mort est très souvent amenée par une complication, et cette complication est presque toujours d'ordre infectieux, si bien qu'on pourrait presque dire qu'on meurt bien rarement de la maladie dont on a été habituellement malade. Quand on réfléchit aux clients qu'on a vu succomber, on se surprend d'ordinaire à dire qu'on n'avait pas pensé qu'ils mourraient comme ils sont morts.

Je songe actuellement à un malade que j'ai soigné pendant des mois pour une artério-sclérose généralisée, mais avec trois localisations prédominantes des plus accentuées : foie, reins, cœur. Ces trois viscères ont donné successivement leur caractère spécial dans le tableau clinique. J'ai cru tour à tour voir mon client succomber à l'asystolie cardio-pulmonaire, à l'urémie, au syndrôme de l'insuffisance hépatique... et il a fini par mourir d'une affection qu'on rangeait autrefois dans les maladies de la peau, l'érythème scarlatiniforme desquamatif.

Cette histoire clinique me paraît valoir la peine d'être contée. Elle prête matière à des réflexions diverses et les conseils éclairés de plusieurs maîtres éminents qui m'ont assisté à diverses reprises peuvent être utiles le cas échéant à mes lecteurs.

Un homme robuste, de 48 ans m'était présenté l'année dernière avec les symptômes suivants : dyspepsie flatulente, gêne habituelle de la respiration, palpitations, diminution progressive des forces ; teint jaunâtre, terreux, subictère conjonctival, œdème périmalléolaire, varices et hémorrhoïdes.

L'examen organopathique faisait constater un météorisme abdominal, permettant cependant de percevoir un gros, très gros foie, dur, à bord antérieur mousse et irrégulier, à surface inégale irrégulièrement granuleuse. Pas d'ascite, circulation veineuse sous-cutanée des veines de l'abdomen plus développée qu'à l'état normal.

Cœur : bruit de galop, hypertrophie du ventricule gauche, bruits aortiques rudes et parcheminés, accentuation excessive du claquement diastolique. Pouls tendu, un peu irrégulier.

Albuminurie notable : 1 gr. par litre d'une albumine rétractile.

Poumons : œdème et congestion aux deux bases, surtout à la base droite, ainsi que le prouvent la diminution de la sonorité et du murmure respiratoire, l'existence de nombreux râles bullaires et sous-crépitants fins.

Le malade est un ingénieur distingué, qui a beaucoup travaillé intellectuellement et physiquement : car au travail cérébral, à la préoccupation morale de gros intérêts financiers se sont ajoutés d'incessants et lointains voyages.

Dans ses antécédents de famille se trouvent les grandes maladies arthritiques ; la goutte, l'obésité, l'asthme et le diabète.

Dans ses antécédents personnels deux maladies infectieuses : la fièvre typhoïde et la syphilis, celle-ci il y a plus de 20 ans, caractérisée par l'accident initial et quelques accidents secondaires peu sévères suivis d'un traitement insuffisant.

Depuis lors, mauvaises habitudes alimentaires comme en ont la plupart des gens trop occupés et usage habituel des stimulants qui deviennent si

vite indispensables à certains individus surmenés.

On avait soumis à diverses reprises le malade à des traitements anti-dyspeptiques sans grand résultat. Puis l'opinion d'un confrère avait été dans les derniers temps que le malade était surtout un cardiaque. Un de mes maîtres avait rectifié le diagnostic et rétabli la hiérarchie des accidents morbides : dyspepsie ancienne, congestion chronique du foie avec sclérose progressive de cet organe, comme cela se voit si souvent chez les arthritiques ; simultanément, sclérose rénale et cardiaque.

Je fus chargé de suivre l'état du malade.

La thérapeutique alors instituée consista en un régime restreint, 1 litre et quart de lait et 5 œufs en 5 repas par 24 heures ; chaque matin une pilule de calomel de 0 gr. 02 centigr. pendant 20 jours. Ce traitement devait alterner avec l'emploi de l'iodure de sodium à la dose de 0 gr. 60 centigr. par jour.

Il fut suivi d'une amélioration notable et le malade, qui avait dû cesser momentanément ses occupations, put les reprendre. Il put même faire un voyage assez long ; malheureusement, pendant ce voyage il souffrit du froid, prit une bronchite, eut une alimentation mauvaise.

Une phase nouvelle se montra, dans laquelle le foie, qui avait diminué de volume, reprit une dimension excessive, et l'albuminurie augmenta ; l'œdème des malléoles gagna les genoux, les cuisses et le scrotum ; le cœur devint arythmique, les poumons devinrent congestionnés et œdémateux ; à la dyspnée pulmonaire constante s'ajouta la dyspnée urémique sous forme de paroxysmes nocturnes pseudo-asthmatiques avec contraction pupillaire. Le système veineux était susdistendu, les jugulaires battaient par reflux veineux, les globes oculaires semblaient en état d'exorbitisme.

Une intervention thérapeutique hardie s'imposait : 30 grammes de teinture de jalap composée et, malgré l'albuminurie, 0 gr. 60 centigr. de poudre de digitale en infusion furent administrés trois jours de suite. Le malade prit exclusivement 200 gr. de lait toutes les deux heures et des lavements froids. Bientôt la diurèse s'établit ; la dyspnée s'amenda, les signes de congestion et d'œdème pulmonaire disparurent ; l'œdème des membres inférieurs se cantonna de nouveau dans la région malléolaire, le cœur redevint régulier.

La crise passée, on reprit le calomel à la dose de 0 gr. 02 pro die pendant 20 jours, puis l'iodure, le régime mixte, lait et œufs. Une nouvelle période de calme s'ouvrit.

A la suite de nouveaux soucis et de nouvelles fatigues, rechute avec une phase nouvelle. Cette fois ce fut le foie qui parla le plus haut : il n'augmentait plus de volume, il semblait plutôt diminuer. Mais l'ascite apparut et s'accrut assez rapidement pour gêner la respiration. L'œdème des malléoles remonta vers les genoux, puis les cuisses et le scrotum. Cet œdème prit bientôt une importance particulière ; il s'indura progressivement ; les téguments conservaient l'empreinte du doigt ; ils étaient blancs, lisses, mais d'une sécheresse très grande.

Une sensation de prurit d'abord léger s'y montra et le malade, ne pouvant résister au besoin de se gratter, malgré des avertissements réitérés, se fit des excoriations. On lotionna régulièrement les parties prurigineuses avec l'eau boriquée et on saupoudra avec du sous-nitrate de bismuth. Ce prurit devint rapidement de plus en plus intense, sans modification de la couleur ni de la température des tissus ; il était surtout constant aux jambes et aux pieds, intermittent sur les membres supérieurs et les autres parties du corps ; il empêchait le sommeil et bientôt fit oublier au malade tous ses autres malaises. Ce prurit, en l'absence d'éruption d'aucune sorte, est probablement l'indice de l'irritation des nerfs cutanés par l'élimination de certains principes toxiques que le foie cirrhosé ne détruit plus, que les reins dégénérés n'éliminent plus.

Je mis en œuvre pour diminuer ce prurit tous les moyens thérapeutiques que je connais : lotions très chaudes ou très froides, enveloppement continu avec la tarlatane imbibée de diverses solutions médicamenteuses, onctions avec des excipients de toute espèce.

Les médicaments actifs essayés comme topiques furent le laurier-cerise, le chloral, le bromure, l'acide phénique, le sublimé, le chlorhydrate d'ammoniaque, la cocaïne. Rien ne réussit à soulager même momentanément mon patient, très nerveux, très irritable, qui arrivait au paroxysme de l'exaspération. Je ne pouvais essayer à l'intérieur des calmants que contre-indiquait l'albuminurie croissante, comme l'atropine, les opiacés. Si l'application des topiques ne soulagea pas, elle provoqua peu à peu de l'érythème des jambes. Un beau matin cet érythème, qui depuis quelques jours était discret, devint subitement d'un rouge sombre intense, ecchymotique même par place. Mon collègue Feulard, chef de clinique des maladies cutanées, appelé par moi conseilla contre cet érythème purpurique le glycérolé tartrique alternant avec l'enveloppement dans des compresses de tarlatane imbibées de décoction de racine d'aunée. Ce moyen ne fut pas plus efficace que les précédents ; mais bientôt des papules d'un rouge vif très prurigineuses se montrèrent sur les avant-bras, la face palmaire des mains, disparaissant à la pression ; tandis que cet érytème papuleux évoluait sur les membres supérieurs, les jambes, les cuisses et les pieds étaient couverts d'un érythème diffus, occupant presque toute la surface cutanée, véritablement scarlatiniforme et même hémorrhagique en certains points, comme la face dorsale du pied. L'extension de l'érythème pseudo-exanthématique se fit aux parties supérieures des cuisses, au ventre, au tronc, au visage ; bref c'était un type d'érythème scarlatiniforme universel, quand mon éminent maître, le Dr Ernest Besnier, vint me prêter le concours de ses lumières. Il a justement signé dans les *Annales de dermatologie* du mois de janvier dernier un mémoire sur la pathogénie des érythèmes, que je vais saisir l'occasion d'analyser brièvement.

(A suivre.) P. Le Gendre.

CORRESPONDANCE

I.

Les spécifiques de la diphthérie.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi, en réponse à la lettre du Dr Osiecki, de Meaux, de venir apporter ma part d'expérience au traitement de la diphthérie.

Depuis bientôt dix ans, j'exerce dans une localité à Vierzy (Aisne), où la diphthérie s'est mon-

trée à l'état endémique pendant six ans. L'épidémie fut intense, sema la terreur dans le pays qui s'acquit une triste célébrité.

L'administration, le Conseil d'hygiène s'émurent, se transportèrent sur les lieux et après enquête décrétèrent quelques travaux d'assainissement. Soit conséquence, soit coïncidence, l'épidémie finit par disparaître.

Pendant cette longue période, j'eus l'occasion d'essayer tous les traitements, cherchant toujours le spécifique. (Pour leur énumération, voir les articles du Dr Le Gendre dans le *Concours médical* depuis 1881.)

J'eus donc recours à la fleur de soufre, méthode de Barbosa, de Lisbonne, recommandée par Jaccoud, Picot et d'Espine.

Je l'employai tantôt seule en injections ou absorption, tantôt *combinée avec tous les autres traitements possibles* que j'expérimentais au fur et à mesure de leur apparition.

De 1882 à 1887, inclusivement, j'eus 96 cas, il y eut 26 décès malgré la fleur de soufre employée seule, ou associée au chlorate de potasse en pastilles ou en gargarismes.

En même temps que la fleur de soufre, je me servis aussi de tannin sous forme de glycérolé ; dans les cas de diphthérie toxique le résultat fut nul.

La diphthérie se présente donc sous trois formes:

1° Forme bénigne avec légers ganglions, elle guérit avec ou malgré tous les traitements.

2° Forme grave, adénite très prononcée, réaction intense. La fleur de soufre est de tous les agents celui qui réussit le mieux et me donna l'illusion d'un spécifique jusqu'à ce que la 3e forme fît son apparition.

Cette diphthérie toxique, avec cou proconsulaire, se joue de la fleur de soufre soit seule, soit associée à d'autres médicaments. Les 26 décès l'attestent. Il ne nous reste plus que le bistouri, l'ultima ratio, et encore ! Le spécifique est encore à trouver.

Voilà les considérations que j'ai voulu soumettre au jugement de vos lecteurs.

Veuillez agréer, etc,

Dr E. GAILLARD,
Membre du *Concours médical*.

II

A propos de la diphthérie

Meaux, 23 juin 1890.

Très honoré confrère

A propos de ma poudre antidiphthéritique et du refus de certains pharmaciens trop timorés, il y a un moyen bien simple d'éviter la déflagration.

Mélanger les 3 poudres dans une boîte en carton et la bien secouer. Pas de choc, pas d'explosion. Les 7 pharmaciens de Meaux n'ont jamais refusé de préparer cette formule.

Sentiments distingués et très confraternels.

Dr H. OSIECKI.

VARIÉTÉ

Décorons les Rebouteurs.

Un de nos lecteurs nous communique l'article suivant d'un journal de l'*Algérie* :

Ces naïfs médecins qui réclament la répression de l'exercice illégal ; qui s'étonnent de la mansuétude des tribunaux pour les coryphées du charlatanisme !

Ils devraient bien pourtant se mettre de temps en temps dans cet état d'esprit qui règne dans le public et même dans une partie de la magistrature, état d'esprit qui se traduit par la *proposition François et Cellerin*.

Nous nous étonnions qu'on réprimât peu ou pas l'exercice illégal ; mais demander qu'on décore ceux qui l'exercent, n'est-ce pas un comble ?

LA DÉCORATION DE MADAME PAVET

A Mondovi.

« Nous avons reçu de Blandan le 14 juin courant, la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir d'insérer, bien qu'elle émane d'un de nos adversaires, parce que son bon mouvement prouve que tout n'est pas perdu et qu'il y a au fond du cœur du peuple, au milieu de ses torpeurs, de ses défaillances et de ses compromissions, amenées par la misère et la dépendance, des idées justes et saines.

Blandan, le 12 juin 1890.

Monsieur le rédacteur de la *Liberté*,

Voici trois mois que tous les colons de Blandan ont signé une pétition adressée à M. le Président de la République, demandant pour madame Pavet de Mondovi, la décoration de la Légion d'honneur comme une récompense qu'elle a mille fois méritée par les nombreux services qu'elle a rendus à l'humanité depuis 45 ans, en remettant en place, avec une incomparable habileté, les membres démis, à toutes les personnes qui sont allées la trouver chez elle, sans accepter d'elles le moindre salaire.

Je pense, avec toute la région, qu'à l'occasion de l'exposition de Bône, puisque l'on paraît avoir à cœur de récompenser le mérite, il serait bien de placer la croix de la Légion d'honneur sur la poitrine de madame Pavet, jamais elle n'aura été plus dignement portée.

L'on donne des médailles à de bons domestiques et le Mérite agricole à des cultivateurs distingués ; pourquoi ne donnerait-on pas l'emblème de l'honneur à la femme généreuse qui a passé sa vie à remettre en place des jambes, des bras, des côtes, des poignets, des chevilles, et qui est à toute heure, de jour et de nuit, prête à rendre service, et à se dévouer pour quiconque frappe à sa porte toujours ouverte au malheur ?

Nous tous, colons, qui avons été guéris par elle, nous émettons spontanément le vœu que cette distinction si bien méritée lui soit accordée, sans retard.

Veuillez agréer, etc,

Signé : Eugène FRANÇOIS.

Nous n'ajouterons qu'un mot à ces lignes, c'est qu'il y a 20 ans que nous avons fait cette proposition et que, si les obligés de madame Pavet ont de la reconnaissance, ils organiseront pour atteindre le résultat proposé par M. Eugène François, avec tant de raison et d'éloquence un immense pétitionnement.

Dans cette œuvre de justice toute la presse sera unanime, car, il ne s'agit pas de questions politiques, mais d'un de ces élans de gratitude qui honorent l'humanité.

TH. CELLERIN.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des médecins du Morbihan (*Suite*).

Tarif minimum d'honoraires des Médecins syndiqués de l'arrondissement de Lorient.

Les visites de la ville sont divisées en visites *intra-muros* et visites *extra-muros*.

	1re CLASSE	2e CLASSE	3e CLASSE
	—	—	—
VISITES *intra-muros*	3 fr.	2 fr. 50	2 fr.
VISITES *extra-muros*	4 fr.	3 fr.	

Les médecins établis à l'*extra-muros* devront appliquer à la ville les prix que les médecins établis en ville appliquent à l'*intra-muros*.

	1re CLASSE	2e et 3e CLASSE
	—	
Consultation au cabinet du Médecin	3 fr.	2 fr.

CONSULTATIONS DE PLUSIEURS MÉDECINS

Première Consultation

1re CLASSE	2e CLASSE	3e CLASSE
20 fr.	15 fr.	10 fr.

Les consultations subséquentes

1re CLASSE	2e et 3e CLASSE
10 fr.	5 fr.

Visites à la Campagne

2 francs par kilomètre, parcouru à l'aller seulement,

Ex. PLŒMEUR 6 kilomètres.... 12 fr.
LARMOR 6 kilomètres.... 12 fr.

Accouchements

1re CLASSE	2e CLASSE	3e CLASSE
100 fr.	75 fr.	50 fr.

Dans le cas d'opérations obstétricales, ou du concours prêté à la sage-femme par le médecin, les honoraires du médecin ne seront jamais inférieurs à 50 fr. pour la 1re classe ; 30 fr. pour la 2e ; 25 fr. pour la 3e.

Toute intervention chirurgicale (ouverture d'abcès, drainage, sondage, examen au spéculum, cautérisation, emploi de l'électricité, etc., etc.) au minimum, 5 francs.

VACCINATION : 5 fr., 3 fr. et 2 fr.

Visites de nuit

En ville :

1re CLASSE	2e CLASSE	3e CLASSE
10 fr.	8 fr.	6 fr.

Pour la campagne :
4 francs par kilomètre parcouru

Il y a, en outre, certaines catégories de visites qui méritent de fixer l'attention et dont on n'a pas tenu jusqu'ici assez compte.

Ce sont, par exemple, les visites urgentes ou assignées que nous fixons comme suit :

1re CLASSE	2e CLASSE	3e CLASSE
6 fr.	5 fr.	3 fr.

Les visites prolongées pour lesquelles nous vous proposons le prix de la visite ordinaire pour la première demi-heure, plus une visite en plus pour chaque demi-heure passée en sus,

Visites faites à plusieurs membres de la famille

Le prix de la visite, plus le demi-tarif pour chaque consultation donnée.

Enfin, il peut être urgent ou on peut exiger du médecin qu'il passe la nuit entière près d'un malade. Dans ce cas, les honoraires seraient fixés comme suit :

1re CLASSE	2e CLASSE	3e CLASSE
100 fr.	75 fr.	50 fr.

Ce tarif est approuvé par l'unanimité des membres présents.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Président,
D E. COUSYN.

Le Trésorier, Dr MORAS.
Le Secrétaire, Dr WAQUET.

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DES MEMBRES DU SYNDICAT MÉDICAL DU MORBIHAN,

Tenue à Lorient, le 22 Mars 1890.

La séance est ouverte à trois heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Docteur Cousyn, près duquel prend place M. le Docteur Waquet, secrétaire.

Étaient présents :

MM. les Docteurs
FATOU, de Lorient
LEMOYNE, —
PÉDRONO, —
DULISCOUET, —
SAUVAGE, —
LE GARREC, —
COUSYN, —
WAQUET. —

Le Président donne lecture des lettres de MM. les Docteurs Duclos, de la Roche-Bernard ; Gaillard, de Plouharnel ; Fouquet, de Vannes ; Paulus, de Josselin ; A. Mauricet, de Vannes ; de Closmadeuc, de Vannes ; Eonnet, d'Auray ; Blanche, de Vannes ; Bayou, de Questembert. Ces confrères s'excusent de ne pouvoir assister à la séance et témoignent leurs sentiments favorables à l'association syndicale.

Le Président prononce ensuite les paroles suivantes :

Messieurs et chers Confrères,

En 1881, quelques confrères et moi fondions les bases d'un Syndicat morbihannais.

Jusqu'en 1884 nous nous sommes réunis tous les ans lorsque surgit tout à coup un arrêt de la Cour de Cassation interdisant aux Médecins de se

réunir, autrement dit de se syndiquer pour la défense de leurs intérêts.

Depuis cette époque, quelques confrères effrayés par cet arrêt de la Cour se sont retirés sous la tente, croyant à l'inutilité de leurs efforts ; d'autres, malgré l'arrêt de la Cour, se sont agrégés et ont fondé l'Union des Syndicats des Médecins de France.

Il y a quelques jours, une Circulaire du Garde des Sceaux adressée aux Procureurs généraux, les priait de consulter les *Syndicats* et Associations de Médecins de leurs ressorts sur les modifications à apporter au tarif actuellement applicable aux honoraires des Médecins légistes.

Enfin, mardi dernier, et c'est ici le but principal de notre réunion, le Président d'une des Sociétés de Secours Mutuels de Lorient, la plus considérable de toutes, venait me trouver officiellement pour me demander dans quelles conditions les Médecins de la localité voudraient prêter leur concours aux Sociétés ouvrières et en particulier à la Société des Corps réunis.

Cette Société a pour Médecin Monsieur le Docteur Pédrono, ici présent ; c'est donc à lui que je m'adresse pour avoir des renseignements sur le fonctionnement et sur le service médical de cette Société.

M. le Docteur *Pédrono* demande à M. le Président s'il peut montrer à la Réunion la lettre du Président de la Société de Secours Mutuels.

M. le Docteur *Cousyn*. — Je n'ai pas de lettre à vous montrer puisque le Président de cette Société est venu me voir pour conférer avec moi verbalement de cette question ; je suppose que vous ne pouvez mettre en doute mon affirmation à cet égard.

M. le Docteur *Pédrono*. — Je n'ai à vous répondre qu'une seule chose : Je suis Médecin de la Société de Secours Mutuels et je garde ce service jusqu'à nouvel ordre. Le Syndicat Médical, d'après ses Statuts, doit aide et protection à ses Membres et je revendique ce droit en ma faveur.

M. le docteur *Cousyn*. — Cela est bien entendu et personne ne songe à vous nuire en rien ; mais il n'en reste pas moins établi en fait que la Société veut changer son service médical. On a proposé à plusieurs confrères, présents à la réunion, de prendre ce service à votre place et aucun d'eux n'a consenti à vous supplanter. Notre attitude à votre égard n'a donc rien d'agressif et est inspirée, au contraire, par une sincère et loyale confraternité.

Plusieurs Confrères confirment cette allégation. La discussion devient générale et il en résulte que dans l'esprit de tous le Syndicat Médical s'est réuni, non pas pour enlever à M. le Docteur Pédrono son service, ni pour lui créer de nouvelles difficultés, mais au contraire pour l'aider à défendre en sa personne les intérêts de la Corporation. Plusieurs Confrères font ressortir nettement l'état de la question et rappellent les faits suivants connus de tous les Confrères de Lorient :

La Société de Secours Mutuels des Corps Réunis est très nombreuse, elle comprend actuellement environ huit cents familles.

Le Docteur Waquet, qui a fait pendant six ans le service de cette Société, a vu successivement le nombre de ses adhérents augmenter. De 170 familles, la Société est arrivée à en compter huit cents et les honoraires de son premier Médecin M. Waquet, s'étaient accrus de huit cents francs à deux mille francs par an.

Le 20 juillet 1885, la Société de Secours Mutuels signifiait à M. Waquet son remplacement à partir d'octobre 1885 et le bureau lui écrivait une lettre dans laquelle, tout en reconnaissant ses bons services, il lui annonçait que M. Pédrono avait accepté de faire le service à la place de M. Waquet pour 1,800 francs au lieu de 2,000 francs.

Aujourd'hui la même Société veut encore changer de Médecin ou modifier entièrement son service médical, et aucun Confrère n'a consenti à accepter les propositions de cette Société. C'est alors que le Président s'est adressé au Docteur Cousyn pour lui demander dans quelles conditions les Médecins de Lorient, syndiqués, consentiraient à faire en commun ce service.

M. le Docteur *Cousyn* fait remarquer que les visites sont très nombreuses et que le prix de revient de la visite est tombé à une somme dérisoire, estimée, de l'avis des Médecins qui ont fait ce service, à 0,35 ou 0,40 centimes au maximum. Cette médecine à grand rabais est une sérieuse atteinte aux intérêts et à la dignité de la profession. Elle expose le Médecin à un surmenage énergique et aboutit trop souvent à le déconsidérer aux yeux du public.

Plusieurs confrères présents font observer que le Syndicat n'est réuni que pour soutenir et défendre les intérêts et la dignité du Corps médical, ce qui, en somme, n'est autre chose, dans le cas présent, que de défendre et soutenir les intérêts particuliers d'un Membre de la corporation, exposé à des revendications incessantes et onéreuses, à un marchandage pénible et humiliant. De là une nouvelle preuve de la nécessité des Syndicats médicaux.

M. le Président clot la première partie de la discussion en demandant aux Confrères présents si l'on doit oui ou non répondre à la question posée par le Président de la Société de Secours Mutuels.

A l'unanimité moins une voix le Syndicat décide de répondre.

Monsieur le Docteur Pédrono, se considérant toujours comme Médecin de la Société de Secours Mutuels, s'est abstenu et a fait, séance tenante, toutes ses réserves sur la discussion présente.

La réunion examine alors les tarifs qu'il conviendrait de proposer à la Société de Secours Mutuels.

Tous les Médecins présents sont d'avis, après délibération, de proposer à cette Société de prendre parmi les Médecins du Syndicat tous ceux qui accepteraient de faire le service médical à raison de demi-tarif sur toutes les visites ; ce qui, en résumé, pourrait se régler de la manière suivante :

	TARIF ORDINAIRE (le plus réduit)	TARIF proposé à la Société de Secours-Mutuels
Visites ordinaires intra-muros	**2** fr.	**1** fr.
Visites ordinaires extra-muros	**3** fr.	**1** fr. **50**
Consultations au Cabinet du Médecin à heure fixée	**2** fr.	**1** fr.
Consultations de plusieurs Médecins	**10** fr. pour chacun	**5** fr. pour chacun
Visites de nuit en Ville	**10** fr.	**5** fr.

Visites	2 fr.	1 fr.
à la Campagne	par k. de dist.	par k. de dist.
Visites de nuit	4 fr.	2 fr.
à la Campagne	par k. de dist.	par k. de dist.

Ces prix sont discutés par les Membres de la réunion et adoptés à l'unanimité sous la réserve expresse que la Société n'admettra parmi ses adhérents que de véritables travailleurs.

Le Syndicat Médical, désireux d'étendre aux classes laborieuses le bienfait de soins médicaux convenables, consent volontiers à faire aux véritables ouvriers de très sérieux avantages sur le prix ordinaire des honoraires médicaux, mais il croit devoir limiter d'une manière formelle aux seuls ouvriers les réductions considérables qu'il accepte.

En effet, ce serait porter une grave et inutile atteinte aux intérêts les plus légitimes de la profession médicale, que de permettre à des rentiers, à des commerçants, à des propriétaires, de s'affilier à une Société ouvrière dans le but inavouable de priver les Médecins de la juste rémunération due à leurs labeurs toujours si pénibles.

MM. les Médecins savent tous que, dans la Société de Secours Mutuels, d'importantes réformes s'imposent à cet égard et prient M. le Docteur Cousyn d'appeler spécialement l'attention du bureau de cette Société sur ce point essentiel.

***

M. le Président expose alors qu'il y a lieu de procéder au remplacement du regretté Trésorier M. le Docteur Le Querré, décédé, depuis la dernière réunion.

M. le Docteur Duliscouët est nommé Trésorier et M. le docteur Waquet, dépositaire des fonds s'élevant à 215 fr. 75, les verse entre les mains du nouveau Trésorier auquel il remet en outre le livre des comptes de la société.

La réunion décide en outre d'affilier le Syndicat du Morbihan à l'Union des Syndicats de France et d'adhérer à la circulaire envoyée par le Syndicat du Havre concernant la répression de l'exercice illégal de la Médecine.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le soir, un banquet confraternel réunissait, au Restaurant Maurice, un certain nombre de Confrères Lorientais.

REPORTAGE MÉDICAL

Tous les journaux que lisent nos lecteurs les entretiennent, jour par jour, des incidents qui se produisent en Espagne, à propos du choléra. Nous constatons que cette épidémie, née dans la province de *Valence* ne tend pas, pour le moment, à prendre grande extension. On prétend qu'un cas s'est produit en *Portugal*. En d'autres pays, les cas signalés et démentis sont probablement des choléras sporadiques saisonniers.

L'*Officiel* publie le décret suivant :

Art. 1er. — Toute personne venant d'Espagne et entrant en France ou en Algérie, soit par terre, soit par mer, est tenue de déclarer à la frontière, aux autorités chargées de recevoir cette déclaration, la commune de France dans laquelle elle se rend.

Elle est, en outre, tenue de présenter au maire de cette commune, dans les vingt-quatre heures de son arrivée, le passeport sanitaire qui lui aura été remis à la frontière.

A Paris, cette présentation du passeport sanitaire devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Devront également être faites à la préfecture de police ou aux mairies les déclarations des personnes logeant chez elles, à Paris, des voyageurs venus d'Espagne, en exécution du décret du 18 juin 1890.

Art. 2. — Les infractions aux dispositions qui précèdent seront poursuivies conformément à la loi du 3 mars 1822 ?

Art. — Les autorités sanitaires, constituées en exécution de la loi du 3 mars 1822, antérieurement au présent décret, le gouverneur général de l'Algérie, les préfets, les maires, les commissaires spéciaux des chemins de fer, les commissaires de police, les commissaires de surveillance administrative, les agents des douanes et généralement tous les agents de la force publique sont délégués chacun dans les limites de sa circonscription, pour assurer l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

CARNOT.

Par le Président de la République :

CONSTANS.

D'autre part les instructions de MM. *Netter* et *Charrin* sont scrupuleusement appliquées sur la frontière.

La propagation de l'épidémie en France est par conséquent combattue avec plus d'énergie que lors des précédentes invasions.

Nous espérons assister, cette année, à une lutte sérieuse contre le fléau et pouvoir constater que l'hygiène publique n'est pas absolument désarmée contre lui.

Voici le texte des instructions remises aux docteurs Charrin et Netter au moment de leur départ pour la frontière franco-espagnole, à l'effet d'organiser les mesures de précaution contre l'introduction du choléra en France :

Tous les voyageurs venant d'Espagne seront examinés. Un local sera spécialement préparé pour recevoir les voyageurs malades ou suspects.

Le local se composera d'au moins deux pièces ; l'une pour les malades, l'autre pour les suspects. Dans chacune d'elles seront installés des lits en fer aussi simples que possible, afin qu'ils soient plus facilement désinfectés.

Le poste sera muni de médicaments et d'antiseptiques.

Pour le nombre des lits, l'approvisionnement en désinfectants, en linge, etc., le directeur du poste s'inspirera des besoins locaux.

Le personnel de chaque poste comprendra un médecin-directeur, un ou deux infirmiers et des aides en nombre variable, selon l'importance du transit.

Autant que possible le médecin résidera dans la localité où se trouve établi le poste. Il devra être présent à l'arrivée de chaque train venant d'Espagne. Si les médecins font défaut dans la région, on pourra demander du personnel à la faculté la plus voisine. A l'arrivée de chaque

train, les chefs de gare et leurs employés s'assureront que tous les voyageurs sont descendus. Ceux-ci seront conduits dans une salle où se tiendra le médecin et subiront tour à tour l'inspection. Dans l'intérêt du bon ordre et afin que personne ne puisse se soustraire à la visite, il y aura lieu de faire défiler les voyageurs entre deux barrières suffisamment rapprochées pour que deux personnes ne puissent passer de front.

Toute personne atteinte de gastro-entérite, devra être retenue et soignée au poste ; toute personne qui, sans présenter des signes de gastro-entérite offrira des symptômes suspects, pourra être tenue en observation.

On remettra à chaque voyageur reconnu bien portant un « passeport sanitaire », constatant qu'il a subi la visite médicale. Il sera tenu de le présenter au maire de la localité dans laquelle il se rendra, et là il subira une nouvelle inspection et sera observé pendant le nombre de jours correspondant à la durée de l'incubation du choléra. Le maire de la localité aura été prévenu de l'arrivée du voyageur par une carte postale envoyée par le directeur du poste. Dans le cas où le voyageur aurait le choléra, il serait immédiatement isolé et traité.

La visite des bagages devra être faite avec le plus grand soin par les employés de la douane, assistés d'un infirmier du poste. Les malles seront ouvertes ; les linges sales et tous les objets pouvant être contaminés ne seront rendus à leur propriétaire qu'après avoir subi la désinfection au moyen de l'étuve à vapeur sous pression.

(*Bulletin médical.*)

Secours à domicile. — Le conseil municipal de Paris avait mis au concours « l'organisation des bureaux de bienfaisance, et du service médical et pharmaceutique pour le traitement des indigents. »

La première place a été attribuée, *ex æquo*, à deux mémoires de MM. Nielly et Gory.

La seconde place a été attribuée au Dr Balland.

La prime à partager entre les auteurs des deux mémoires classés en première ligne s'élève à 1,200 francs. Une somme de 500 fr. est attribuée au Dr Balland second. Les trois mémoires récompensés doivent être imprimés par les soins de l'Administration.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié. (Paris, Société d'Editions scientifiques, 1890.)

On a généralement tendance, dans le corps médical, à se tenir absolument en dehors des choses de l'armée pour tout ce qui a trait au métier militaire proprement dit, et pourvu qu'on ait conscience de savoir à peu près son métier de médecin, on considère que c'est suffisant, et l'on a tort ou raison de penser ainsi selon qu'on a plus ou moins de quarante-cinq ans. Jusqu'à cet âge, tous doivent le service militaire personnel, il faut donc que chacun sache, au moins en partie, ce qu'est l'armée, et quel rôle il doit remplir dans ses rangs. Ces connaissances militaires sont indispensables au médecin qui peut se trouver chef de service, soit dans un corps de troupe, soit dans un hôpital, qui est le conseiller légal du commandant pour tout ce qui a trait à l'hygiène des troupes, et enfin qui joue le rôle si important d'expert dans maintes circonstances.

Le médecin doit donc connaître l'organisation et le fonctionnement de l'armée, surtout en ce qui concerne le service de santé, ainsi que les droits, devoirs et attributions des membres de son personnel dans les diverses situations qu'il peut occuper à tous les degrés de la hiérarchie. L'autorité militaire s'assure, du reste, que les médecins de la réserve et de la territoriale possèdent une teinture générale de ces notions essentielles, en faisant subir des examens aux médecins avant de les incorporer et pour les faire passer d'un grade à un autre, en particulier pour passer du grade d'aide-major de 1re classe à celui de major de 2e classe. L'examen est même exigible au bout de deux ans de grade d'aide-major de 1re classe. De nombreux ouvrages ont été écrits dans lesquels les matières de l'examen sont exposées avec plus ou moins de détails, mais jusqu'à présent, à notre connaissance, aucun n'est aussi complet que le *Manuel* qui nous occupe, et surtout aucun n'est d'une lecture aussi facile, ce qui tient à l'excellente méthode suivie par l'auteur.

Pour faciliter l'étude des nombreuses questions qu'embrasse le programme, le sujet a été divisé de la manière suivante :

1° Partie législative :

a. L'armée, son organisation générale, son recrutement, son administration.

b. Le service de santé, son organisation générale, sa constitution, son recrutement.

2° Notions pratiques ;

a. Le régiment, à la caserne, en route.

b. Le service de santé, au régiment et à l'hôpital ; — en temps de paix et en temps de guerre.

2° Partie médico-chirurgicale :

Notions d'hygiène militaire, de maladies et épidémies des armées, de chirurgie d'armée, spécialement étudiées au point de vue des services en temps de guerre.

Toutes ces parties ont été traitées avec le plus grand soin, et la même excellente méthode ayant été conservée, nous pouvons suivre sans difficulté l'auteur dans les nombreux et méticuleux détails qui constituent le service sanitaire en paix et surtout en guerre. La question du matériel, si importante au point de vue du transport des blessés et malades, est tout particulièrement bien traitée dans sa brièveté. Ici, encore, l'auteur mérite de sincères compliments pour la leçon de modestie qu'il donne ; c'est à peine s'il cite les remarquables appareils dont il est l'inventeur, et qui sont appelés à rendre, par leur simplicité de construction, les plus grands services aux blessés, et par cela même aux chirurgiens.

Nous rappellerons en deux mots qu'avec de simples cordes comme celles qu'on trouve dans toutes les fermes et campagnes, on peut transformer les différentes voitures et chars d'exploitation rurale en très bonnes voitures d'ambulance. Dans le simple char forain de 5 m. de long sur 1 m. 20 de large, grâce à l'aménagement du Dr Bouloumié, cinq hommes couchés sur un brancard trouvent place.

Nous voudrions pouvoir encore entrer dans le détail de l'hygiène militaire, de la question si importante de l'alimentation, des épidémies, etc., toutes questions capitales à bien connaître, mais l'espace nous manque, car il nous faudrait tout citer. Nous préférons nous arrêter ici, et le meilleur conseil que nous puissions donner à nos collègues de l'armée territoriale et de la réserve est de lire le manuel de M. Bouloumié, dont ils tireront très certainement le plus grand profit, car, ainsi que nous le disions plus haut, c'est sans contredit l'ouvrage de cette nature qui soit le plus complet et le plus méthodique dans son ensemble. Aussi est-ce sans restriction que nous adressons à l'auteur nos sincères compliments.

Dr Rondeau.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 28 12 Juillet 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

La substitution de la chèvre à la génisse comme sujet vaccinifère.

Il y a quelques semaines, M. Hervieux annonçait à l'Académie que la substitution du vaccin de chèvre au vaccin de génisse avait été proposée par M. Chonneau-Dubisson (de Villiers-Bocage), et que ses expériences légitimaient les espérances de ce confrère.

M. le Dr G. *Bertin*, professeur suppléant à l'école de médecine de Nantes, médecin des hôpitaux de cette ville, et M. J. *Picq*, médecin vétérinaire, chef du service d'inspection des viandes de boucherie et directeur de l'abattoir de Nantes, tous deux membres du Conseil central d'hygiène et de salubrité de la Loire-Inférieure, avaient adressé à l'Académie, le 19 janvier 1890, un pli cacheté relatant des expériences entreprises par eux en vue de démontrer que le vaccin humain peut être transporté avec succès sur la chèvre, animal complètement réfractaire à la tuberculose spontanée et expérimentale. Ces deux messieurs viennent de réunir et de publier l'ensemble de leurs conclusions dans un « Essai sur la prophylaxie de la tuberculose et la substitution de la chèvre à la génisse comme sujet vaccinifère. »

M. le Dr Bertin est membre du Concours Médical et nous sommes heureux de le féliciter d'avoir eu l'idée d'entreprendre et d'avoir mené à bien ces expériences démonstratives dont M. Hervieux a confirmé le bien fondé et l'importance.

Rôle physiologique et thérapeutique de l'azote gazeux.

Notre laborieux et distingué confrère le Dr E. *Duhourcau* (de Cauterets) a publié sur ce sujet un remarquable mémoire, qui résume et éclaire une question d'hydrologie tout à fait neuve. Il rappelle que jusqu'à ces derniers temps les chimistes et les médecins ont eu le tort de prendre au pied de la lettre l'étymologie du mot azote et de le considérer « comme un gaz incapable d'entretenir la vie, indifférent, sinon inutile, à ses phénomènes, comme un gaz inerte en un mot. » M. Duhourcau qui, depuis douze ans déjà, a soutenu une opinion contraire dans ses écrits, au sein des Sociétés savantes et devant plusieurs Congrès médicaux, a entrepris de démontrer que le gaz azote joue, à l'état de gaz simple, et dans l'atmosphère et dans les eaux qui le tiennent en solution, un rôle biologique et curatif. Il rappelle que ce sont surtout et avant tous autres les *médecins* espagnols qui ont songé à attribuer à l'azote de certaines de leurs eaux les effets thérapeutiques qu'ils observaient, eaux dans la composition chimique desquelles ils ne découvraient en quantité suffisante aucun des principes considérés jusqu'ici comme utiles et dans lesquelles ils croyaient trouver des volumes extraordinaires de gaz azote en dissolution. Les hydrologues espagnols ont probablement exagéré la quantité de ce gaz dissous dans les eaux, dont la plus connue est celle de Panticosa. Mais le principe fut repris par un confrère de Barèges, puis par M. Duhourcau, qui, à plusieurs reprises, montra que l'azote jouait un rôle important dans l'action de certaines eaux des Pyrénées. Il emprunte aux chimistes, à Berthelot, à G. Ville cet argument, que les matières organisées, vivantes ou non, soumises, en présence de l'azote, à des influences électriques variées, naturelles ou artificielles, absorbent une plus ou moins grande quantité de ce gaz que l'analyse chimique retrouve combiné dans leurs tissus. Mais l'action de l'électricité est nécessaire, et une matière organique servant d'intermédiaire assure mieux encore cette fixation de l'azote par un organisme vivant. Or, ces conditions se trouvent réunies dans les eaux sulfurées, électriques, barégínées des Pyrénées. Les phénomènes électriques mis en jeu dans l'emploi des eaux thermales sont acceptés par la majorité des hydrologues.

« Dès lors, y a-t-il rien d'étonnant, dit M. Duhourcau, à ce qu'un corps humain, dégageant de l'électricité par lui-même et plus encore au contact d'une eau minérale, absorbe directement, quand

il est immergé dans cette eau électrogène et animalisée de son côté, les gaz qui y sont dissous, parmi lesquels l'azote, et puisse se les assimiler ?

« Le docteur Bétancès soutient que, vu la grande proportion d'azote contenue dans l'atmosphère et la quantité qui en existe dans l'organisme, l'action de ce gaz se fait sentir sur le plasma du sang et sur la lymphe ; elle maintient la composition de ces liquides à l'état normal et assure ainsi la nutrition interstitielle. L'azote servirait donc, d'après lui, non pas à modérer par son inertie, comme on le prétend, mais à compléter l'action de l'oxygène. Celle-ci s'exerce sur les globules sanguins qu'elle revivifie, tandis que l'azote agit de même sur le liquide plasmatique. Aussi, tandis que l'oxygène, en se combinant avec la matière colorante des globules, forme l'oxyhémoglobine, l'azote, en s'assimilant au plasma, formerait *l'azo-plasmine*, rendant ainsi normal et physiologique le liquide où circulent, vivent et prospèrent les globules en état de santé.

« Il y a plus, continue M. Duhourcau, si, d'autre part, nous voulons réfléchir au rôle de l'azote dans la cure de certaines maladies, de la phtisie pulmonaire par exemple, nous pourrons, avec le docteur Bertran Rubio, examiner les faits au point de vue de la microbiologie, et en tirer des conséquences neuves et originales tout autant que fondées et légitimes. De considérations diverses sur la vitalité des microbes, tels que l'*aspergillus niger*, le *vibrion septique*, le *microbe du rouget*, vitalité qui varie selon les milieux et même suivant les positions où les microbes sont placés, l'érudit médecin catalan tire cette conclusion que « les grandes manifestations de la vie cellulaire dépendent d'actions qualitativement et quantitativement très petites ». Il admet que notre organisme est un agrégat de cellules microscopiques répondant comme des micro-organismes autonomes à l'action des modificateurs cosmiques. L'azote inhalé, en vertu des lois d'osmose et de diffusion, pénètre dans l'organisme, se dissout dans les liquides cellulaires, se distribue dans tous les tissus, en constituant ce qu'on peut appeler une *atmosphère interne*. Une fois l'organisme imprégné d'azote, l'équilibre osmotique s'y trouve établi, et pour qu'il se rompe, il faut ou que l'azote s'élimine sous la forme gazeuse, ou qu'il se fixe dans les organes sous forme de composés plus ou moins stables, en plus ou moins grande quantité. Mais l'équilibre étant de fait toujours rompu et en oscillation constante par suite même de la continuité de la vie, on s'explique que la quantité d'azote expiré soit toujours moindre que la quantité inspirée. Ne pouvant pas vérifier si cet azote s'échappe par quelque autre émonctoire que le poumon, force nous est d'admettre qu'il entre en combinaison avec les éléments cellulaires normaux. Par là serait pour ainsi dire confirmée l'hypothèse qui attribue à ces combinaisons de l'azote un effet de renforcement, — comme Bordeu, je pourrais dire de remontement, — des éléments cellulaires, et l'action thérapeutique de l'azote consisterait dans l'*augmentation de résistance du milieu contre l'activité du microbe*. Par conséquent, l'azote viendrait à être cause de la mort du micro-organisme pathogène *sans être directement microbicide*. »

C'est de cette façon surtout que M. Duhourcau a expliqué l'action des eaux de Cauterets dans les maladies bacillaires, telles que la phtisie ; ces eaux, comme leurs congénères des Pyrénées, agissent plus sur le terrain que sur la graine.

Si l'on admet que le gaz azote agit en déplaçant un certain volume d'oxygène du volume d'air inhalé dans les salles d'aspiration ou dans le humage, il suffira de se rappeler que la vie des épithéliums, comme celle des hématies ou du microbe tuberculogène, est essentiellement aérobie.

FEUILLETON

Coup de balai nécessaire.

Décidément, il devient indispensable de nettoyer les écuries d'Augias, je veux dire ces refuges à forme arrondie, où trois personnes à la fois peuvent déverser, après transformation, les boissons ingérées préalablement. Ces édifices hospitaliers sont en effet devenus le siège d'une réclame écœurante ; les commerçants eux-mêmes n'osent plus y faire apposer d'affiches ; ils sont débordés par les guérisseurs de tous pays, avec ou sans diplôme, qui font croire au public imbécile qu'ils peuvent panser les blessures de Vénus par des procédés aussi rapides qu'anodins. Des individus, qui ne sont même pas médecins, y affirment qu'ils ont des onguents infaillibles pour guérir la syphilis, les écoulements les plus invétérés, le cancer, les hémorrhoïdes et les cors au pied. Les mêmes sucs de plantes exotiques ont une action certaine sur les éléments pathologiques les plus disparates. — Et les pauvres gogos, qui sont légion, sur notre planète morose, se hâtent de courir chez ces exploiteurs, qui s'empressent d'alléger leur porte-monnaie ; car, si leurs consultations sont gratuites, il n'en est pas de même des drogues qui leur sont délivrées dans l'officine voisine par un compère, à qui cette exploitation rapporte de gros bénéfices.

La peur du mercure, dont les effets désastreux sont représentés sur des planches à sensation, a surtout le don de terrifier le public et les jeunes gens s'empressent d'aller consulter les pirates qui vivent de cette crainte. — Aussi, qu'arrive-t-il ? C'est que les infortunés qui se sont confiés à leur direction présentent plus tard des accidents terribles, des adénopathies tertiaires, des gommes perforantes, des douleurs nocturnes insupportables, des syphilides rongeantes, mutilantes, avec perte de substance, destructions osseuses, des affections du système nerveux d'une haute gravité, etc.

Il est facile de s'en convaincre à la consultation de l'hôpital Saint-Louis : les sujets qui offrent les accidents les plus graves sont ceux qui n'ont pas été traités de bonne heure, ou qui ont été mal traités, par les procédés insuffisants ou dérisoires recommandés dans les vespasiennes des boulevards.

Les syphilides serpigineuses, gommeuses, localisées depuis longtemps (2, 3 ou 4 ans) sur un point du corps, sur une jambe par exemple, ne se montrent que dans la syphilis ignorée, lorsque l'accident primitif a passé inaperçu, à cause de sa bénignité, ou chez les malades qui n'ont pas été soignés de bonne heure.

On comprend donc que le mélange hyperazoté, et par suite hypooxygéné, doit amener forcément un arrêt dans la marche de l'oxydation des organites normaux ou pathogènes. De là, les effets calmants de la cure azotée.

Et tandis que se modère l'hyperthermie locale, due sans doute à l'excès d'activité nutritive des cellules, suractivité occasionnée elle-même par les diastases provenant des germes pathogènes, on voit se suspendre les phénomènes de végétation du microbe dus à la même cause. Ainsi s'explique-t-on qu'à la sédation locale succède un arrêt ou une diminution des phénomènes morbides généraux, tels que la fièvre, l'amaigrissement, etc.. »

Bégaiement hystérique.

M. *Ballet* a présenté à la Société des hôpitaux un malade atteint de bégaiement hystérique. C'est une manifestation assez rare et fort peu connue, déja signalée par lui.

Il s'agit d'un instituteur de province qui reçut un coup assez violent sur la tempe gauche ; cependant pas de fracture, pas de commotion cérébrale. Trois jours après, crise épileptiforme. Le malade se remit, mais huit jours plus tard il eut une autre crise bizarre caractérisée par un trouble de la parole que le médecin désigna sous le nom d'aphasie ; puis survinrent des phénomènes cérébraux psychiques, de telle sorte qu'en résumant l'histoire de ce malade : coup sur la tête, crise épileptiforme, aphasie, troubles cérébraux, le médecin avait conclu à une commotion cérébrale avec peut-être hémorrhagie et avait pensé à une intervention chirurgicale.

Dès que M. Ballet entendit le malade, il reconnut un hystérique. Le bégaiement hystérique, en effet, présente à côté de particularités individuelles, des caractères constants et typiques : la parole est lente, les syllabes sont ou très longues ou très courtes et précipitées ; celles qui commencent les mots sont quelquefois répétées deux ou trois fois. Le malade de M. Ballet présente d'une manière frappante ces modifications de la parole.

C'est donc un hystérique qui, trois jours après avoir reçu un coup sur la tête a eu une crise d'hystérie, et qui a été pris ensuite de bégaiement hystérique ; ce bégaiement n'a d'abord duré qu'une vingtaine de minutes, puis il a reparu trois jours après, puis enfin, depuis un mois, s'est installé définitivement.

Les stigmates hystériques ne sont pas très accusés ; à peine un léger rétrécissement du champ visuel.

Quant aux troubles psychiques qu'a présenté ce malade ils consistent en un état d'inquiétude constante ; à chaque instant le malade a peur de mourir, ou de devenir fou ; en passant près d'un cours d'eau il est pris d'anxiété et craint d'y tomber ; en voiture il est tourmenté de la peur de verser. En somme il y a là un commencement de folie du doute ; or la folie du doute n'est point une manifestation d'hystérie ; c'est l'expression d'une dégénération héréditaire. Chez ce malade cette dégénération est assez nette ; il a de plus une sœur qui a été prise également de folie du doute et même de folie du suicide, c'est donc un dégénéré pris de folie du doute à la suite d'un traumatisme qui a déterminé en même temps deux accidents hystériques, la crise et le bégaiement.

M. *Féréol* se demande pourquoi dans ce cas M. Ballet ne rattache pas les accidents à la commotion cérébrale, puisque ce malade n'a pas les stigmates de l'hystérie. Il ne faut pas attribuer à celle-ci tous les phénomènes que l'on ne peut expliquer.

M. *Ballet* répond que si l'on présentait un

On a amputé et on ampute encore des seins rongés par la syphilis, en croyant avoir à faire à tout autre chose. — Ces lésions ne sont malignes que du fait de l'incurie des malades ou d'une erreur de diagnostic. Elles se rattachent à une syphilis méconnue, qui n'a j'amais été combattue d'une façon suivie, intelligente et rationnelle.

Il faut donc que les intéressés sachent bien qu'ils n'ont rien à redouter des pilules de protoiodure ou de la liqueur de Van Swieten, données avec discernement. Leur emploi, surveillé et proportionné à la tolérance de chaque sujet, ne peut que donner d'excellents résultats pour le présent et l'avenir. Il est facile d'arrêter les accidents hydrargyriques, lorsqu'ils se produisent ; il est beaucoup plus difficile de réparer le temps perdu, lorsque le traitement n'a pas été commencé en temps opportun.

L'élément syphilitique vit dans la cellule, lui est associé en quelque sorte et une certaine quantité de mercure est nécessaire pour annihiler momentanément le virus spécifique ; il ne saurait être remplacé par les trompeuses préparations, dites dépuratives, qu'on prétend lui substituer.

Au dernier congrès de dermatologie et de syphiligraphie, le Dr Drysdale, de Londres, a déclaré que la proportion des syphilitiques traités sans mercure et qui arrivent à la période tertiaire était à peu prés de 8 0/0, d'après son expérience personnelle, et que c'est pour cette raison qu'il avait abandonné le traitement sans mercure, ce dernier paraissant posséder un pouvoir vraiment prohylactique contre l'invasion des symptômes tertiaires.

J'ajouterai que parmi les diverses nosomanies qui peuvent atteindre les esprits faibles, il faut donner une large place à la crainte de la syphilis et il importe de ne pas abandonner aux charlatans les sujets qui se croient contaminés, sans motif plausible, ni sans preuves. — Ces derniers n'ont que trop de tendance à faire croire à leurs naïfs clients qu'ils sont gravement atteints, alors qu'ils n'offrent que des érosions insignifiantes, des vésicules d'herpès, etc....

Le nombre des individus qui sont exploités par les cabinets interlopes ne saurait être évalué; mais on peut affirmer sans crainte qu'il est innombrable :

> O bourbeux océan de la bêtise humaine,
> Quel œil a pu jamais sonder tes profondeurs ?

Il est impossible de ne pas être pris de pitié pour ces infortunés, ces ignorants, ces inexpérimentés, qui accordent ingénument leur confiance au premier venu. La Société de pharmacie, à diverses reprises, a traqué sans merci les plus impudents de ces Mangins, mais les tribunaux

malade atteint de contracture hystérique, sans autres stigmates, on pourrait faire la même objection. Mais les caractères de la contracture hystérique sont assez nets et aujourd'hui assez connus pour qu'on puisse établir le diagnostic, même en l'absence d'autres signes. Il en est de même pour le bégaiement. M. Ballet l'a rencontré avec tous ses caractères chez quatre autres malades qui présentaient en outre des stigmates grossiers de l'hystérie ; MM. Charcot et Cartaz l'ont signalé comme accident accessoire à l'attaque d'aphasie hystérique.

Enfin le malade que l'on vient de voir a eu une crise hystérique et présente un rétrécissement du champ visuel. Son bégaiement est donc un bégaiement hystérique.

M. *Guyot* s'étonne qu'on invoque l'hérédité à propos des troubles mentaux qu'a présentés ce malade. Ce n'est point parce que sa sœur a eu des troubles analogues que l'on doit admettre l'hérédité.

M. *Ballet* réplique que certains phénomènes psychiques offrent des caractères assez nets pour que l'on puisse affirmer l'hérédité. L'agoraphobie, l'anomatomanie, la folie du doute sont des signes d'hérédité dégénérative ; pourquoi ne pas l'admettre dans le cas présent, alors surtout que le frère et la sœur offrent tous deux ces mêmes signes ?

L'hérédité, d'ailleurs, est souvent bien difficile à rechercher et reconnaître. Certains individus ne sont pas des fous véritables mais des originaux, des détraqués. Or, l'originalité est, au point de vue de l'hérédité, aussi grave qu'un accès de manie aiguë. M. Ballet a pu le constater chez deux malades, deux frères, qui furent pris presque en même temps de délire de persécution. Il n'y avait pas de fous dans la famille, mais des originaux, des déséquilibrés. Ces malades ne sont pas d'ailleurs des aliénés véritables ; neuf fois sur dix l'agoraphobie, la folie du doute sont des phénomènes transitoires, qui, même à leur période d'état, n'enlèvent pas la conscience aux malades ; ceux-ci sont alors des « fous lucides », d'après l'expression de Trélat.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *Société de chirurgie.* — II. *Académie de médecine.* — III. *Tumeurs de la vessie.* — IV. *De la mobilisation de l'étrier.*

I. — A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. *Monod* fait un rapport sur une observation du Dr Roux (de Brignoles), relative *à un rétrécissement de l'œsophage* pour lequel il a dû pratiquer la gastrotomie : lorsque l'incision abdominale a été faite, avant l'ouverture de l'estomac, le Dr Roux a fixé les parois de l'organe aux lèvres de la plaie cutanée par 17 points de suture. Le malade succomba en quarante-huit heures par suite d'une broncho-pneumonie. Cette complication pulmonaire est rare à la suite de la gastrotomie : il faut pour la produire un traumatisme assez intense de la paroi et des nerfs de l'estomac. — M. Terrier estime qu'il ne faut pas abuser des points de suture et conseille d'opérer de la manière suivante : lorsque la paroi abdominale est incisée, on attire l'estomac au dehors et on le fait maintenir par un aide au moyen de deux doigts; puis on fait passer plusieurs anses de fils de soie stérilisés au travers de la paroi de l'abdomen et des parois de l'estomac, sauf la muqueuse ; on a soin que l'anse du fil soit parallèle à l'incision péritonéale, de façon à ce que chaque fil fixe une étendue d'estomac plus grande que celle qui aurait été fixée au moyen de fils placés perpendiculairement à l'incision du péritoine. On pratique ensuite une incision d'un centimètre au plus sur

---

n'ont pas eu l'air de comprendre jusqu'à ce jour l'importance de leur intervention et les condamnations ont toujours été trop indulgentes.

Un bon exemple vient d'être donné par la Société de médecine de la Sarthe. Après avoir protesté hautement contre les agissements éhontés d'un pharmacien de la région, elle a communiqué ses décisions au syndicat de la presse médicale de Paris ainsi qu'à la presse locale et régionale :

Qu'il me soit permis de donner un court extrait du rapport des docteurs Bourdy, Le Bail et Fouchard :

« Depuis longtemps déjà la réclame pharmaceutique et médicale a pris des développements inconnus de nos aînés ; dans ces dernières années surtout elle s'est élevée à la hauteur d'une science et d'un art à la fois, se manifestant sous toutes les formes, revêtant des allures plus ou moins discrètes, attirant ou forçant l'attention du public. C'est ainsi que l'on peut voir l'annonce de telle ou telle méthode de traitement, véritable panacée universelle toujours, s'étaler dans les feuilles extra-médicales entre celles de mariages riches (célérité et discrétion), et celles de la maison qui n'est pas au coin du quai — et cela sous des formes dont la variété fait le plus grand honneur au génie inventif des auteurs.

Les médecins, soucieux de leur dignité et ne voulant devoir leur succès qu'à leur valeur personnelle, étaient habitués à ce procédé très américain et n'y prêtaient que l'attention qu'il méritait. Ces annonces paraissaient sous le nom de l'inventeur de la méthode, et celle-ci en avait toute la responsabilité morale, comme il en retirait toute la gloire et tous les bénéfices.

Il était réservé à la ville du Mans d'être à la tête de ce mouvement, et de voir l'un de ses habitants innover en ce genre, et lancer de par le monde un procédé neuf de réclame, l'annonce médicale sous un pseudonyme paré de titres scientifiques brillants.

Depuis quatre années environ M. R., pharmacien au Mans, dépose le long de la quatrième page de la presse extra-médicale de Paris, des journaux grands et petits, de tous genres et de toutes couleurs, du *Petit Journal* surtout, dont le grand tirage est un excellent moyen de propagande, et jusque dans les petits établissements intimes de Paris et de notre région, l'annonce d'une méthode infaillible de traitement de toutes les maladies ; il suffit au malade « qui veut guérir » d'envoyer à l'inventeur un timbre de 15 cent., et la brochure est à lui : la modicité de ce prix prouve assez le « but humanitaire » de l'auteur. Mais celui-ci se garde bien de se nommer et l'annonce est faite au nom de M. S., membre correspondant de Sociétés de médecine au Mans. Etc. etc...... »

l'estomac et on suture soigneusement la muqueuse aux téguments, pour qu'il n'existe aucun sinus entre la plaie stomacale et la plaie abdominale. MM. Routier, P. Reynier, Terrillon ont également soin de ne faire qu'une petite incision, mais ils jugent inutile de suturer la muqueuse à la peau. Tous ces chirurgiens pratiquent donc la gastrotomie en un seul temps : M. P. Berger se demande si, dans quelques circonstances, on n'a pas avantage à pratiquer cette opération en deux temps : un premier temps dans lequel on suture circulairement les deux séreuses ; puis, lorsqu'on a ainsi obtenu une adaptation fort exacte des lèvres de la plaie stomaco-abdominale, on incise l'estomac, sans en réunir la muqueuse aux téguments.

A propos de différentes communications sur le traitement des *plaies pénétrantes de l'intestin*, M. Reclus rappelle que l'abstention systématique paraît, en pareil cas, donner de meilleurs résultats que la laparotomie : en examinant différentes statistiques établies à l'étranger depuis quinze ans, il a trouvé que la mortalité était de 78 %, quand on intervenait par l'ouverture du ventre, tandis qu'avec l'abstention on n'arrivait qu'à une mortalité de 25 %. En France les laparotomies sont encore plus meurtrières. — Cependant il est des cas où la laparotomie est indiquée ; c'est ainsi qu'il faut la pratiquer : 1° lorsque les anses intestinales font irruption à travers la plaie ; 2° s'il existe des symptômes nets d'hémorrhagie interne ; il faut alors rechercher la source de cette hémorrhagie ; 3° lorsque le tympanisme, la percussion ou l'issue des bulles de gaz ne laissent aucun doute sur la perforation de l'intestin ; 4° enfin l'intervention est discutable lorsqu'il existe une péritonite. En pareil cas, on compte des sinus et des revers aussi bien avec l'abstention qu'avec l'intervention.

MM. de Wlanaz (de Mételin), Dumoret et Tuffier (de Paris) ont adressé à la Société de chirurgie chacun un travail sur un procédé de fixation de la vessie par sa partie supérieure dans les cas de *cystocèle vaginale*. Le but commun de ces trois opérations est de réduire la cystocèle vaginale en établissant des adhérences entre la vessie et la paroi abdominale antérieure. M. Tuffier, par des expériences faites sur les chiennes, a montré que, malgré ces adhérences, la vessie n'est nullement troublée dans son fonctionnement et que les uretères ne sont pas courbés par cette opération. Voici le procédé opératoire indiqué par M. Tuffier : la vessie modérément distendue, on fait une incision abdominale analogue à celle de la taille, sur les parties latérales de la vessie ; on décolle le péritoine prudemment jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi vaginale. On remonte à deux centimètres au-dessus de ce point pour éviter de blesser l'uretère. La vessie étant partiellement vidée, on voit que des tractions amènent de chaque côté sa paroi antérieure au contact de la paroi abdominale et que la cystocèle est complètement réduite. Pour fixer ainsi la vessie, on passe à droite et à gauche quatre fils de soie à travers la paroi vésicale et la paroi abdominale. On termine l'opération par la suture en étages de l'incision hypogastrique ; la malade est cathétérisée pendant les sept premiers jours. Les résultats ont été généralement bons au point de vue du maintien de la réduction de la cystocèle. Sur les cinq observations rapportées il y a eu un cas de mort par broncho-pneumonie chez la malade opérée par Dumoret.

M. Terrier dit qu'il est impossible de se prononcer sur la valeur de cette opération ; il s'est toujours contenté, avec succès, de la colporrhaphie et de l'élytrorrhaphie. De même, M. Bouilly n'a jamais jugé utile d'intervenir directement sur la vessie : pour remédier rationnellement à la cystocèle vaginale, il faut s'adresser d'une part à la

---

Le rapporteur rentre ensuite dans des détails précis sur le genre de publicité dudit S., dont les agissements démontrent « le mercantilisme de mauvais aloi, s'appuyant sur la simplicité et la crédulité naïve des pauvres malades ».

La brochure contient 14 pages et la correction est sans pitié. Il paraît que le coupable, mis en quarantaine et dénoncé à l'indignation publique, a été à peu près mis dans l'impossibilité de nuire.

Un pareil résultat est encourageant et devrait être le point de départ d'une campagne énergique contre les parasites, qui pullulent sur le dos de la pauvre humanité. — Je signale cette plaie à cicatriser aux journalistes qui ont le robuste amour du bien, l'horreur de tous les dols et de tous les mensonges.

Il y a certainement quelque chose à faire. Des précautions antiseptiques deviennent indispensables. Ne pourrait-on, par exemple, surveiller la rédaction de certains placards, ou mieux en interdire l'admission, dans tous les refuges de la capitale ?

Leur texte est généralement agrémenté des doléances sans cesse renouvelées des mécontents. Leurs révélations peu rassurantes devraient ouvrir les yeux des imprudents ; mais elles ont simplement pour résultat de provoquer la verve naturaliste de titis, aussi précoces que dépravés, dont le crayon est d'un cynisme révoltant. — De pareils dessins peuvent tomber sous des yeux innocents. — Ce ne serait certainement pas faire preuve de pruderie et ressembler aux deux spectateurs indignés de Couture, dans son tableau de l'orgie romaine, que d'imiter nos voisins d'Outre-Manche, lesquels n'admettent pas ces fresques industrielles, même vierges d'appréciations fantaisistes, de profils malpropres et de truculences sadiques.

Une simple ordonnance du préfet de police suffirait probablement pour obtenir ce coup d'éponge purificateur.

A son défaut, les médecins qui siègent à la Chambre, en assez grand nombre, auraient là un excellent sujet d'interpellation ; il leur appartient de prendre l'initiative d'un tolle général contre ce débordement malsain, dont leurs électeurs sont les premières victimes.— Ils peuvent, s'ils le veulent, sans être lents comme la justice, arriver à couper les chardons sous la dent des exploiteurs qui se vengent sur la Société de leur ignorance et de leur félonie.

Et si ces ruffians osent crier à la rigueur, ils auront bien mérité qu'on leur applique le ver classique :

Quoi ! tu veux qu'on t'épargne et n'as rien épargné.

Dr GRELLETY.

laxité et à la trop grande largeur des parois vaginales et à l'insuffisance de résistance du plancher périnéo-vaginal. Toute fixation abdominale de la vessie restera impuissante, si aucune modification réparatrice n'est apportée du côté du vagin et du périnée ; c'est en créant un point d'appui inférieur solide, un plancher résistant qui soutienne bien les parois vaginales réparées que l'on aura le plus de chances de faire disparaître la cystocèle. C'est également l'avis de MM. Verneuil, Pozzi, Richelot qui estiment qu'il vaut toujours mieux recourir à des méthodes plus simples et moins dangereuses, telles que la colporrhaphie et la colpopérinéorrhaphie.

M. Paul Reynier, ayant observé récemment un cas de tétanos, a prié M. Sanchez Toledo d'examiner le pus de la malade et d'en faire des cultures. M. Sanchez Toledo a trouvé le bacille de Nicolaïer et a pu obtenir des cultures pures de ce bacille dont l'inoculation a déterminé les symptômes typiques du tétanos. Cet expérimentateur étudiait au même moment le même bacille dans de la terre ; il a pu comparer les deux organismes et reconnaître qu'ils étaient identiques dans leur nature et dans leurs effets. De ces résultats expérimentaux il résulte que le tétanos est une maladie microbienne, inoculable et dont le bacille se trouve dans le sol.

Une discussion s'engage à propos d'une communication de M. Terrillon sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie : différents chirurgiens rapportent quelques cas rares d'amélioration, voire même de guérison, à la suite de cette intervention, mais aucun n'en pose réellement les indications.

M. Phocas (de Lille) a pratiqué une *ténotomie à ciel ouvert* sur un enfant de 6 ans, atteint d'un torticolis musculaire ancien du côté gauche. La section seule du faisceau sternal a été suffisante pour obtenir le redressement complet de la déviation et a été immédiatement suivie de l'application d'un appareil de Sayre. La guérison a été parfaite. A propos de cette communication, M. Kirmisson montre la tendance qui s'affirme de jour en jour à substituer la ténotomie à ciel ouvert à la ténotomie sous-cutanée : elle renseigne mieux sur la quantité nécessaire de tissus à sectionner, elle met à l'abri de certaines complications graves telles que la blessure des veines et l'infection purulente, auxquelles a donné parfois lieu la section sous-cutanée. MM. Berger et Verneuil restent partisans de la section sous-cutanée ; qui n'est nullement dangereuse, surtout lorsque la contracture est spécialement limitée au chef sternal. La ténotomie à ciel ouvert présente cet inconvénient assez important, surtout chez les petites filles, de créer une cicatrice qui persiste indéfiniment et qui laisse des traces disgracieuses que l'on ne peut réparer. Cependant il faut y avoir recours dans les cas où les deux faisceaux claviculaire et sternal sont rétractés.

II. — A l'Académie de Médecine.

1° M. *Routier* rapporte l'observation d'un homme de 36 ans qui tomba dans une cave de la hauteur d'un étage et qui présenta de la perte de connaissance absolue et de l'hémiplégie droite ; en raison du traumatisme et des accidents qui ne se sont montrés qu'un laps de temps notable après la chute, M. Routier pensa qu'il s'agissait d'une compression du cerveau par le fait d'un épanchement de sang, dû à la déchirure de l'artère méningée moyenne, déchirure causée par une fracture. Il fit de suite la trépanation sur la région rolandique gauche. Lorsque les parties molles furent sectionnées et écartées, M. Routier vit plusieurs traits de fracture sur le pariétal et le frontal ; un fragment de crâne triangulaire complètement détaché est enlevé avec une pince ; puis quatre couronnes de trépan donnent un large accès sur un gros caillot noirâtre qui a repoussé et décollé la dure-mère. Ce caillot pèse plus de 75 grammes. Un fragment de crâne de forme triangulaire est encore enlevé avec la pince ; il porte sur son milieu le sillon de la méningée et tout le long de ce sillon passe un trait de fracture. L'artère méningée donne un jet très fort ; il est impossible de la prendre avec des pinces. On assure l'hémostase par le tamponnement à la gaze iodoformée, fait dans l'angle dièdre formé par la dure-mère et le crâne ; puis on suture la peau. Cinq heures après l'intervention le malade avait recouvré sa connaissance et l'usage de ses membres ; 14 heures après l'opération, l'intelligence était parfaite, mais le malade aphasique. Le surlendemain le tampon était enlevé et deux heures après l'aphasie avait disparu. Neuf jours après, le malade se levait et se promenait dans la salle.

2° M. *Michaux* a pratiqué avec succès la cholécystectomie pour une fistule biliaire.

3° Le Dr *Duplouy* (de Rochefort) fait une communication sur le traitement de la *hernie ombilicale étranglée* : depuis l'antisepsie, il est reconnu que l'étranglement ombilical doit être opéré comme tout autre étranglement. Les auteurs modernes, Routier, Polaillon, Terrier, Bœckel, Terrillon, pensent qu'il faut terminer l'opération par la cure radicale avec extirpation du sac et suture de l'anneau avivé. Le Dr Duplouy a ainsi opéré deux fois avec succès : une fois chez une femme de 38 ans chez laquelle il réduisit une anse déjà très violacée suintant le sang ; une autre fois chez une femme énorme dont la hernie grosse, comme une tête de fœtus, contenait une masse épiploïque enflammée, et une anse d'intestin grêle.

III. — Tumeurs de la vessie (1).

L'hématurie est un accident à peu près constant dans l'évolution des tumeurs de la vessie ; M. Guyon ne l'a vue manquer que trois fois dans le nombre considérable de tumeurs qu'il a observées. Souvent c'est un symptôme important et qui nécessite une intervention rapide. Ainsi le Pr Guyon rapporte l'observation d'un malade de son service chez lequel l'hématurie durait d'une façon continue depuis trois mois, résistant à toutes les médications. Lorsque cet homme se décida à se laisser opérer, il était dans un tel état d'affaiblissement qu'il succomba au choc opératoire. Or il n'existait dans la vessie qu'un petit néoplasme pédiculé, analogue à une verrue et gros comme une lentille. Nulle part ailleurs d'autre lésion.

Ainsi, une tumeur d'un volume minime a pu amener ce malade par des hémorrhagies continues à un état de prostration tel qu'il était incapable de supporter une opération. Il y a donc un grand danger à laisser perdre du sang aux mala-

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, juin 1890.

des atteints de tumeurs vésicales, il faut les opérer de bonne heure. M. Guyon a remarqué, en outre, que l'abondance et la fréquence des hématuries n'étaient nullement en rapport avec le volume de la tumeur vésicale.

Une autre raison qui milite en faveur de l'opération hâtive, c'est que l'examen histologique montre que, malgré leur différence de volume ou de pédiculisation, malgré leur mollesse apparente, ces tumeurs sont presque toutes des épithéliomes et non des papillomes ; d'une apparence bénigne, elles sont en réalité malignes. M. Guyon a observé ainsi une série de faits où sur 22 cas il y avait 18 cas d'épithéliome.

IV. — De la mobilisation de l'étrier (1).

L'ankylose vraie ou fausse de l'étrier à la fenêtre ovale a suggéré à des praticiens l'idée d'agir sur cet osselet afin de lui redonner la mobilité qu'il avait perdue : un de nos auristes les plus distingués, le Dr C. Mot vient de publier un intéressant travail sur cette mobilisation directe de l'étrier qu'il considère comme le moyen le plus efficace de combattre la surdité par ankylose de l'étrier. Cette opération ne doit être faite qu'après avoir constaté l'insuffisance des moyens employés généralement dans le traitement de l'otite moyenne chronique, tels que : insufflations de vapeurs médicamenteuses, pressions centripètes et centrifuges ou autres sur le tympan, etc. On peut affirmer, dans beaucoup de cas, que la mobilisation de l'étrier produit un résultat durable au point de vue de l'audition et des bourdonnements; parfois le résultat est douteux et ne doit pas être annoncé d'avance.

Quand la surdité dépend de la chaîne des osselets ainsi que de modifications pathologiques du tympan, il est nécessaire de maintenir béante une perforation de cette membrane.

L'opération réagit parfois d'une manière avantageuse sur l'oreille non opérée au point que l'acuité de ce côté redevient relativement bonne. Elle n'offre aucun danger pour la vie du malade, et ne détermine jamais de suppuration, si l'on prend des précautions antiseptiques suffisantes. Les cas les plus favorables sont les surdités survenues à la suite d'une otite moyenne purulente, avec perforation persistante du tympan, non améliorées par le tympan artificiel, et les surdités avec tympan peu épaissi, avec intégrité ou diminution de perception crânienne à la montre et avec bourdonnements. Sur 126 oreilles opérées entrant dans ces indications, le Dr Miot aurait obtenu 71 résultats favorables.

IV. — Traitement des kystes synoviaux du poignet (2).

On distingue deux variétés de kystes synoviaux du poignet : les uns sont des synovites fongueuses qui sont de nature tuberculeuse, ainsi que l'ont démontré les faits de Lancereaux, Debove, Bouilly, Trélat, Terrier, pour ne citer que les travaux français. On a pu constater les follicules tuberculeux dans l'épaisseur des fongosités synoviales ; depuis quelques années on y a même trouvé les bacilles de Koch. Quant à la seconde variété de kystes, kystes à grains riziformes, on tend à admettre également aujourd'hui que nombre d'entre eux sont de nature tuberculeuse : si les bacilles tuberculeux y sont rares, les résultats fournis par l'inoculation ont été au contraire souvent positifs.

Après avoir rappelé ces notions de pathogénie, M. Kirmisson aborde le traitement des synovites chroniques du poignet. Jusqu'à ces dernières années ce traitement tenait souvent en échec les chirurgiens qui se trouvaient dans l'alternative d'employer des moyens de peu de valeur qui manquaient souvent leur but, ou bien d'avoir recours aux opérations sanglantes qui offraient le danger des suppurations diffuses, pouvant entraîner l'impotence fonctionnelle, la perte du membre et même la mort du malade.

Parmi les anciens procédés employés, il faut citer la révulsion et la compression : M. Houzelot (de Meaux) associait ces deux moyens en imprégnant d'alcool des rondelles d'amadou qu'il maintenait appliquées sur la tumeur au moyen d'un bandage compressif. L'alcool avait une légère action vésicante, tandis que la compression réduisait quelque peu le volume de la tumeur. — Les autres moyens de révulsion étaient les vésicatoires, les pointes de feu, la teinture d'iode, etc. D'autres moyens de traitement plus actifs étaient constitués par la ponction, avec ou sans injection iodée et le drainage.

Aujourd'hui, on ne craint plus d'intervenir plus radicalement : la poche est incisée sur une grande étendue et débarrassée du liquide et des grains riziformes qu'elle contient. Pour s'assurer qu'il ne reste pas quelques-unes de ces productions pathologiques appendues à la face interne du kyste, on en pratique le raclage avec la cuillère tranchante ; après quoi la poche est soigneusement lavée avec un liquide antiseptique. Le drainage et la suture terminent l'opération.

Encouragés par les succès que leur donnait l'intervention sanglante dans le traitement des synovites chroniques, les chirurgiens en ont étendu l'aplication à ces petits kystes qui se développent habituellement sur la face dorsale du poignet, aux dépens des follicules annexés aux synoviales tendineuses et articulaires et auxquels on a donné le nom de *ganglions synoviaux*. Sans doute, il y a pour le traitement de ces tumeurs un moyen à la fois simple et efficace : c'est l'écrasement, à la condition qu'il soit suivi d'une compression méthodique et suffisamment prolongée. Mais il est assez fréquent de voir ces kystes récidiver après l'écrasement, il n'est pas rare non plus de voir des kystes à parois très résistants, difficiles à fixer, et qui, fuyant sous les doigts, ne se laissent point écraser.

On a proposé pour cette dernière variété de kystes différents moyens, tels que la ponction, l'incision sous-cutanée, mais ces moyens peuvent manquer leur but. M. Kirmisson leur préfère beaucoup l'extirpation complète de la petite tumeur ; la plaie opératoire est si minime que le drainage n'est point nécessaire ; dans les 8 ou 10 opérations de ce genre qu'a pratiquées M. Kirmisson, les suites ont toujours été excellentes et la réunion obtenue par première intention. Toutefois il fait savoir que c'est là une dissection assez délicate : il faut suivre de très près la paroi kystique, si l'on veut être sûr de ménager les nombreux filets nerveux et les synoviales tendineuses qui passent dans le voisinage. Avec ces réserves

(1) *Revue de Laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, nos 2, 3, 4, 5, 1890.

(2) Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur. Paris, G. Masson, 1890.

l'extirpation des ganglions synoviaux est une excellente opération indiquée lorsque le procédé simple et vulgaire de l'écrasement ne sera pas applicable ou quand il aura déjà échoué précédemment.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

Les tribunaux et l'exercice illégal de la médecine.

« A la suite d'une chute sur l'épaule, le sieur T..., de la commune de Saint-V., se fit conduire chez un rebouteur fort réputé dans la contrée, le sieur G..., cultivateur.

« Après des tractions vigoureuses et nombreuses, le patient souffrant de plus en plus, le sieur G... fit appel aux lumières de son père, qui, actuellement « retiré des affaires », après fortune faite, a cédé à son fils aîné. Tous deux se mirent à tirer tant et si bien que le pauvre, blessé, assis sur un escabeau, pâlit, puis tomba. On se hâta de le relever et de l'asseoir ; mais malgré des frictions avec un élixir fameux, cinq minutes après il était mort.

» Grand émoi chez nos rebouteurs ! Que dirait la justice ? Quel tort à leur réputation !

« A 10 heures du soir (cela se passait le 27 août 1888), on chargea le corps sur une charrette, on le couvrit de paille, on le ramena à son domicile éloigné de plus de 20 kilomètres, on déshabilla le cadavre, on le coucha, et le matin, le voisin complaisant, qui avait prêté cheval et voiture, prévint le maire qu'en venant faire visite au sieur T..., il l'avait trouvé étendu mort dans son lit.

« Le maire de Saint-V... eut quelques doutes, insista pour connaître la vérité, hésita à enregistrer le décès et consulta le Procureur de la République.

« Je fus commis pour procéder à l'autopsie du sieur T...

« Pas trace de luxation ni ancienne, ni récente, pas de lésion organique, pas d'anévrysme, pas d'hémorrhagie cérébrale.

« Je déclarai dans mon rapport que les tractions considérables et prolongées faites sur le bras du sieur T.. avaient, selon toute probabilité, amené une syncope dont la gravité avait été augmentée par l'élévation de la tête et que, par suite, la mort avait été la conséquence des violences exercées par les sieurs G... père et fils. Ceux-ci furent traduits en police correctionnelle. Leur défenseur prit la parole pour déclarer qu'il ne niait pas qu'un accident fût survenu à MM G.., mais que cela arrivait journellement aux docteurs ; que ses clients avaient rendu depuis nombre d'années d'immenses services dans toute la région ; qu'à l'inverse des médecins, ils guérissaient, en quelques instants, foulures, entorses, fractures, etc. bref, une réclame en forme à laquelle s'associèrent, par des applaudissements à peine discrets, certaines personnes présentes à l'audience.

« Le médecin légiste, en cette occasion et pour cause, ne fut pas appelé pour affirmer son rapport.

« Eh bien ! malgré tout, malgré la mort survenue par des manœuvres maladroites, malgré le transport clandestin du cadavre, malgré la fausse déclaration de décès faite à l'officier d'Etat civil, malgré de nombreuses condamnations antérieures, le tribunal condamna à 16 francs d'amende chacun de ces rebouteurs, père et fils, qui, depuis plus de trente ans, exercent leur industrie. *Ces individus ont déjà été punis plusieurs fois pour le même délit et chaque fois il leur a été fait remise de l'amende.* »

Le plus malmené dans cette affaire fut le médecin légiste, obligé de faire, à 6 kilomètres de sa résidence, en plein soleil, à une heure de l'après-midi, par une chaleur torride (28 août), de faire, dis-je, une autopsie dont la durée n'a pas été de moins de trois heures, et dont les honoraires se balancent ainsi :

« Il a *touché*, autopsie : 5 francs ; rapport, 3 francs ; déplacement (6 kilomètres, 2 fr. 50), total : 10 fr. 50.

» Il a *dépensé*, voiture et conducteur : 10 francs ; frais : 3 fr. ; total : 13 francs.

» En balance, une perte sèche de 2 fr. 50 ; et pour mémoire une demi-journée passée loin de la clientèle. »

Tout commentaire est inutile. On conviendra, cependant, que ce document mérite les méditations de nos législateurs et de nos ministres au moment où ils sont occupés à discuter, ou plutôt, à enterrer une fois de plus la loi sur l'exercice de la médecine et la question de la réforme des tarifs des honoraires médico-légaux.

N.

(*Revue gén. de clinique et thérapeutique.*)

Jurisprudence Mutualiste.

Nous avons publié le sommaire d'un jugement rendu par le Tribunal civil de Lyon, contre une société de secours mutuels qui avait prononcé l'exclusion d'un de ses membres.

Voici en entier le texte de ce jugement :

Ouï les avoués ;

Ouï le Ministère public en ses conclusions, après délibéré ;

Attendu que, par exploit de l'huissier Capitan, de Lyon, en date du 24 avril 1889, A... a assigné la 14e société de secours mutuels, représentée par G., son président, aux fins d'entendre dire qu'elle sera tenue de le réintégrer dans ses droits et qualités de membre de ladite société, dont il a été exclu sans droit et de lui rembourser les honoraires de médecin qu'il a payés depuis son exclusion, et pour le cas où elle se refuserait à opérer cette réintégration, qu'elle sera condamnée à lui payer la somme de 5,000 francs à titre de dommages-intérêts ;

Attendu qu'il est constant que dans le cours des cinq dernières années A... a fait appel à diverses reprises au médecin de la société, le docteur B..., pour donner des soins à Marie, Claudia et Claude H..., ses nièces et neveu, qui habitaient avec lui et dont il a été nommé tuteur par délibération du conseil de famille du 23 octobre 1879 ;

Attendu que, ce fait ayant été porté à la connaissance du bureau de la société, l'exclusion d'A... a été prononcée par l'assemblée générale à la date du 24 mars 1890 ;

Que, pour justifier cette mesure la société invoque tout à la fois l'article 41 des statuts d'après lesquels les soins du médecin ne sont dus qu'aux membres participants, à leur femme et à leurs enfants, et l'article 14 qui dispose que l'exclusion

sera prononcée pour préjudice causé volontairement aux intérêts de la société ;

Attendu que les termes de l'article 41 sont formels et ne peuvent prêter à aucune équivoque ; qu'il est certain que ledit article *n'a entendu faire bénéficier des soins médicaux que les enfants du membre participant* et que cette faveur ne peut pas s'étendre, comme dans l'espèce, à des neveux ou nièces ; que dès lors c'est sans droit que A... a fait donner les soins du docteur B..., aux mineurs H... ;

Mais attendu que ce fait ne rentre pas dans les prévisions de l'article 14 et ne saurait dès lors être une cause d'exclusion ;

Que sans doute la société aurait subi un préjudice si le médecin était payé par visite, si elle avait dû débourser des sommes pour les honoraires des visites faites au neveu et nièces d'A..., qu'il n'en est pas ainsi, puisque les soins médicaux sont donnés par abonnement, à raison de 6 fr. par tête, des sociétaires, chefs de famille, et que la société n'a pas eu à verser au docteur B..., pour le compte d'A..., une somme supérieure à celle de 6 fr. par an ; qu'en conséquence, aucun préjudice ne lui a été causé ;

Attendu que la société prétend, il est vrai, que l'abonnement qui était de 5 francs par chef de famille en 1875, a été porté à 6 fr. en 1882, à raison de l'augmentation du nombre de visites de médecin, augmentation dont les agissements d'A.. auraient été cause en grande partie et qu'ainsi par le fait de celui-ci elle a dû débourser en plus chaque année, depuis cette époque, autant de fois la somme d'un franc qu'elle compte de sociétaires, mais que cette prétention ne repose sur aucun fondement ; qu'il résulte en effet des documents produits : en premier lieu, que ce n'est tout au plus que depuis 1885 qu'A... a fait donner à ses neveu et nièces les soins du médecin de la société, par conséquent trois ans environ après l'élévation du prix d'abonnement ; que dès lors il ne saurait être responsable de cette élévation ;

En second lieu, que l'élévation du prix d'abonnement n'a pas été une mesure adoptée seulement par la 14e Société de secours mutuels, puisque l'initiative a été prise par le trésorier du Comité général dans une assemblée générale des représentants de 42 sociétés de secours mutuels tenue le 26 novembre 1882 ;

Attendu que de ce qui précède il résulte que c'est à tort qu'A... a été exclu de la Société et qu'il y a lieu d'ordonner sa réintégration dans ses droits et qualités de membre de ladite société ;

Attendu qu'il est fondé à demander le remboursement des frais de visites du médecin qu'il a payés depuis son exclusion et des dommages-intérêts pour le cas où la société refuserait d'opérer sa réintégration ;

Que le Tribunal a des éléments suffisants d'appréciation pour fixer le chiffre de ces dommages-intérêts ;

Par ces motifs,

Le Tribunal,

Statuant en matière ordinaire et premier ressort,

Dit que dans le mois qui suivra la notification du présent jugement, la 14e Société de secours mutuels, représentée par G..., son président, devra réintégrer A..., dans ses droits de membre de ladite société ;

La condamne à rembourser audit A..., sur la production de pièces justificatives, les sommes que celui-ci a pu payer pour visites de médecin depuis le 25 mars 1889 à ce jour ;

Et pour le cas où ladite société n'aurait pas, dans le délai imparti ci-dessus, reintégré ledit A..., la condamne à payer à celui-ci, passé ledit délai, à titre de dommages-intérêts, la somme de 2,000 francs ;

La condamne en outre en tous les dépens de l'instance.

Plaidants : Mes Rougier et Robin, avocats, assistés de Mes Patricot et Fore, avoués.

Ce jugement est intéressant ; il fait bon marché du médecin payé à l'abonnement ; il admet que, pour *six francs par chef de famille*, celui-ci peut faire donner des soins non seulement à femme et enfants, mais à toute sa lignée, ascendants et descendants.

C'est un sérieux argument à faire valoir pour repousser l'abonnement, plus commode, plus économique, comme le dit M. *le Sénateur Maze*, pour les sociétés de secours mutuels.

En lisant ce jugement, nous espérons que M. *Maze* voudra bien reconnaître que les intérêts des médecins ne sont pas sauvegardés par l'abonnement et que le traitement de la visite est le seul équitable !

A. C.

THÉRAPEUTIQUE

De la viande crue et de son association au sucre de canne (oxine), au point de vue physiologique et chimique.

Au point de vue thérapeutique, l'administration de la chair musculaire crue hachée a toujours prévalu sur le régime des viandes grillées ou rôties, chaque fois que le malade a pu supporter ce traitement, sans éprouver trop de répugnance.

A quoi peut-on attribuer la supériorité médicale de la viande crue sur celle qui a subi l'action de la chaleur ? Je dis bien sa *supériorité médicale*, car au point de vue alimentaire proprement dit, sa valeur nutritive n'est certainement pas plus élevée, si elle n'est même inférieure à celle de la viande grillée ou rôtie dont l'osmazome augmente encore les qualités savoureuses et agit comme le meilleur excitant de la muqueuse gastrique.

Si la chair crue hachée se digère facilement, cela tient moins à ce que ses principes albuminoïdes n'ont pas été coagulés qu'à l'état de division sous lequel la fibre musculaire est présentée à l'estomac et que la mastication, si parfaite qu'elle soit, ne peut opérer aussi complètement. Par la coction, le tissu cellulaire qui enveloppe la trame fibreuse de la viande, se gélatinise et, par cela même, se dissout facilement, si bien que la dissociation des faisceaux fibreux se fait d'autant plus vite que la gélatinisation du tissu connectif a été opérée plus complètement.

Nous pensons donc que la faveur médicale de la viande crue hachée ne doit pas être exclusivement attribuée à des avantages eupeptiques, mais plutôt aux principes immédiats qui constituent le plasma musculaire et qui, présentés à

l'économie avec tous leurs caractères physiologiques, ajoutent aux qualités purement nutritives de la fibre, leur action tonique spéciale : c'est ainsi que l'hémoglobine, en présence du suc gastrique, s'assimilerait sous sa forme nouvelle : celle d'hématine, et aurait pour effet une action directe et immédiate sur le globule sanguin, soit en l'enrichissant ou en le modifiant même par sa seule présence.

Comment s'expliquer autrement l'action tonique que produit la viande crue hachée dans l'anémie globulaire, action toujours supérieure à celle du fer ou ses préparations ? Quoi qu'il en soit, la viande crue hachée reste le meilleur agent toni-nutritif que la thérapeutique ait à sa disposition, chaque fois qu'il s'agit de remonter le taux organique de sujets anémiés ou cachectisés.

Malheureusement, bien peu de personnes se soumettent à ce régime, à cause de la répugnance qu'il inspire et d'autre part les quelques tentatives qui ont été faites jusqu'ici, pour le rendre acceptable, n'ont guère donné de résultats satisfaisants. La conserve de damas de Trousseau, la marmelade de viande à la gelée de fruits ou aux amandes, le potage Laborde, etc., toutes ces préparations ne répondent que très imparfaitement aux exigences d'autant plus grandes des malades, qu'elles sont le plus souvent formulées par des sujets rebelles à tout régime carné. D'autre part, ces procédés, au lieu de diminuer le volume de la purée de viande à absorber, l'augmentent au contraire des substances qu'on y ajoute.

Enfin, et ce n'est pas le moindre inconvénient, la purée de viande crue, préparée dans les ménages, n'est pas sans offrir quelques dangers, par la présence du cysticerque de Tœnia et peut-être des bacilles de la tuberculose qu'elle est susceptible de renfermer.

Chercher un moyen pratique, permettant à la fois de concentrer la viande crue, sous un volume restreint, la stériliser d'une façon absolue au point de vue des microorganismes pathogènes transmissibles, sans altérer pourtant ses caractères physiologiques ; en un mot, en faire un produit de longue conservation, acceptable par les malades, tel était le problème qui s'imposait et méritait certes d'être étudié, non seulement pour les besoins thérapeutiques, mais aussi au point de vue alimentaire proprement dit.

Nous pensons l'avoir résolu, dans la limite du possible ; c'est du moins ce que nous permettent d'avancer les résultats obtenus après 8 mois d'épreuves concluantes en faveur des essais que nous avons tentés.

La viande renferme en moyenne 75 % d'eau de constitution ; pour lui enlever cette énorme proportion de liquide, on opère généralement par dessiccation du hachis étalé sur des claies à des températures variables.

La longue pratique que nous avons acquise dans le séchage industriel de la viande, nous a démontré d'une façon constante que, quelle que soit la température à laquelle on opère, la viande hachée étalée sur des claies prend, pendant la dessiccation, l'aspect d'une galette d'un brun foncé rappelant assez celui du vieux chêne. Si la dessiccation a été faite à une température entre 50° et 85° au-dessus de zéro, les deux albumines sont coagulées, tandis qu'à + 40° et au-dessous, la viande séchée cède à l'eau, par macération à froid, ses deux albumines. Mais, dans les deux cas, les éléments du plasma musculaire sont certainement modifiés, au point de vue physiologique et chimique ; ce qui le prouve, c'est précisément cette altération de la couleur rouge des muscles, qui passe au brun foncé.

En effet, l'opération du séchage donne lieu à des fermentations, limitées sans doute, mais toujours suffisantes pour que les dédoublements qui en résultent et entre autres les acides mis en liberté, agissent sur l'hémoglobine du muscle et la dédoublent en hématine, qui donne la coloration brune à la viande séchée, et en globuline.

Donc, quelles que soient les précautions qu'on prenne dans le séchage de la chair musculaire, il y a modification certaine des principes immédiats, du moins de ceux-là mêmes qui offrent le plus d'intérêt.

Or, en présence du sucre blanc raffiné (1), et en opérant avec soin, à une température inférieure à + 40° il est possible d'enlever à la viande toute son eau de constitution, sans qu'il y ait aucune fermentation, et par conséquent sans donner lieu à aucun dédoublement.

La viande sèche obtenue est d'un rouge foncé à la lumière réfléchie et d'un beau rose à la lumière transmise. Ce saccharure sec, une fois râpé, absorbe très aisément trois fois son poids d'eau et le liquide qui résulte de cette hydratation offre tous les caractères du plasma musculaire, obtenu par expression des muscles frais ; c'est ainsi qu'entre + 40° et + 42° le liquide donne un coagulum qui, vers 85°, forme une couenne rosée, occupant la presque totalité du volume. Voici d'ailleurs le procédé industriel que nous suivons :

Les muscles de Bœuf, soigneusement privés de la graisse, des nerfs et aponévroses, sont finement pulpés, et d'une façon uniforme, en passant à travers une plaque d'acier percée d'une multitude de trous calibrés à un millimètre de diamètre. La pulpe, mélangée à du sucre, est alors passée dans une broyeuse à trois cylindres et autant de fois qu'il est nécessaire, en serrant progressivement les cylindres les uns contre les autres, à chaque nouvelle passe pour arriver finalement à un serrage ne permettant plus le passage d'une feuille de papier d'un *dixième* de millimètre d'épaisseur. Cette dernière opération a pour but non seulement d'obtenir une association intime des muscles avec le sucre, mais encore et surtout de détruire d'une façon certaine, les cysticerques du tœnia qui pourraient exister dans la chair de bœuf, la disposition de la broyeuse étant combinée de telle sorte qu'aucune partie du mélange ne puisse échapper à l'action des cylindres. Il ne reste plus alors qu'à étaler le saccharure broyé en plaques minces, sur des claies métalliques, qui sont portées dans une étuve spéciale à ventilation, chauffée à une température constante de + 40° et permettant, grâce à une disposition particulière de l'appareil, d'arrêter la concentration du saccharure *ad libitum*. Si l'on veut obtenir une conserve de viande crue destinée à être cuite par coction, pour l'alimentation, par conséquent la concentration du saccharure est menée de façon à lui laisser une certaine quantité d'eau de constitution, variant de 10 à 15 %, suivant le degré de siccité qu'on désire laisser au produit et l'usage auquel on le destine.

(1) Des essais avec la glycérine et le glucose n'ont donné que des résultats négatifs.

Mais si le saccharure est préparé pour les besoins de la thérapeutique, c'est-à-dire pour être absorbé à la manière de la viande crue, la dessiccation est alors poussée jusqu'à sa limite extrême. Après quoi la viande ne devant plus contenir de trace d'eau de constitution, peut *sans risques de modifier en rien ses principes albuminoïdes,* être portée progressivement à une température de 105° pour détruire les micro-organismes qui peuvent contaminer les viandes et en particulier le bacille de la tuberculose. C'est alors que le saccharure sec et stérilisé est remis à macérer dans de l'eau froide préalablement bouillie et en quantité suffisante pour que, par un nouveau broyage, on puisse obtenir une pâte à laquelle il n'y a plus qu'à donner la forme et l'arome désirés.

Grâce à cette association intime des muscles frais avec le sucre, et dans des proportions ne dépassant pas au maximum 5 % de la viande fraîche, il nous a été permis d'obtenir des pulpes de bœuf concentrées au tiers de leur volume primitif et conservant tous les caractères de la viande crue.

Ces pulpes concentrées, qui n'ont plus la saveur douceâtre et écœurante de la viande crue, se prêtent alors à toutes les formes alimentaires et pharmaceutiques solides ; c'est ainsi que pour les besoins de la Médecine nous avons préparé sous le nom d'*Oxine* (1) un saccharure de viande phosphaté, aromatisé au citron et présenté sous la forme d'une tablette candie, d'une saveur agréable, renfermant 10 gr. de tissu musculaire de bœuf additionnés de 25 centigr. de phosphate de chaux assimilable.

Il nous restait à éprouver la digestibilité de ce saccharure. Dans ce but, des essais comparatifs de peptonisation artificielle ont été faits avec les plus grands soins entre l'*Oxine*, la pulpe de bœuf cru et la pulpe de bœuf cuit. A cet effet,

1° une demi-tablette d'*Oxine* représentant 5 gr. de pulpe de bœuf frais ;

2° 5 gr. de pulpe de bœuf frais, et

3° 3 grammes 20 de pulpe de bœuf cuit fournis par 5 gr. de viande crue, ont été délayés dans 25 centimètres cubes d'eau acidulée à 4 p. 1000 d'acide chlorhydrique pur et additionnés de 50 centigr. d'une pepsine pure et titrée, puis les 3 flacons, portés à l'étuve maintenue à une température constante de + 40°.

Après 12 heures, chacune des liqueurs filtrées (sur des filtres tarés après 2 heures d'étuve à 100°) ne précipitait plus ni par l'acide azotique ajouté goutte à goutte, ni par le ferrocyanure de potassium acétique ; avec la solution de tannin, ainsi qu'en présence de l'alcool fort, il s'est formé un abondant précipité ; enfin, par l'ébullition, pas de coagulation ; en un mot, la peptonisation était parfaite pour chacune des liqueurs. Les filtres, soigneusement lavés à l'eau distillée, puis séchés à 100° et enfin pesés à nouveau, ont donné les résultats suivants :

1° Oxine............	résidu sec	0 gr. 240	milligr
2° Pulpe de bœuf frais.	id.	0 gr. 290	»
3° » de bœuf cuit.	id.	0 gr. 275	»

Une deuxième épreuve, faite dans les mêmes conditions, a donné des résultats analogues :

1° Oxine............	résidu sec	0 gr. 255	milligr.
2° Pulpe de bœuf frais.	id.	0 gr. 270	»
3° » de bœuf cuit.	id.	0 gr. 285	»

(1) De l'anglais oxe : bœuf.

De ces deux épreuves, il résulte que la digestibilité de l'*Oxine* serait sensiblement la même que celle de la pulpe de viande crue, si ce n'est plutôt supérieure et, d'autre part, que la viande cuite se peptonise aussi complètement que la viande crue.

En résumé, l'*Oxine* offre l'avantage de présenter, sous un volume restreint, tous les éléments constituants de la chair musculaire crue et avec leurs caractères physiologiques, associés au phosphate de chaux assimilable, elle est présentée sous une forme agréable et facilement acceptée par les malades ; sa digestibilité est au moins égale sinon plus complète que la viande crue pulpée ; enfin, elle n'offre aucun des dangers que peut présenter la chair de bœuf crue, au point de vue de la transmission du tœnia ou des micro-organismes pathogènes.

Nous avons pensé que ce nouveau produit, dont la valeur thérapeutique a été éprouvée et reconnue par un nombre assez important de praticiens, méritait d'être signalé à l'attention du Corps médical, estimant que, par ses avantages spéciaux, il peut rendre de sérieux services, dans tous les cas où le régime carné et phosphaté est indiqué, et en particulier dans la médecine de la seconde enfance.

L. Rousseau.

RECUEIL DE FAITS

Empoisonnement par le camphre.

Le 5 avril dernier, à midi, je fus appelé auprès de la jeune X., âgée de cinq ans, à qui sa mère, d'après le conseil d'une voisine avait donné un lavement camphré pour détruire des oxyures vermiculaires. On avait fondu, dans de l'huile à manger, un morceau de camphre gros comme le pouce. L'absorption fut rapide et, au bout d'une demi-heure, la pauvre enfant *poussait des cris* affreux en portant la main au bas-ventre, siège des intolérables douleurs qu'elle éprouvait.

J'employai les moyens usités en pareille circonstance et surtout de nombreux lavements d'eau tiède pour évacuer le poison. Tout fut inutile et la pauvre enfant expira le lendemain matin vers sept heures, à la suite de convulsions et d'épuisement nerveux.

Mais ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que dans le couvent où la jeune X. allait en classe, on a répandu le bruit que la mort était due, non à la dose énorme de camphre dont 30 centigrammes d'après Labarraque (in *Dict. encycl.*) suffisent pour empoisonner, mais aux lavements d'eau tiède que j'ai fait administrer coup sur coup. Voilà ! N'est-ce pas un comble ?

Dr Dubar (d'Armentières.)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Société locale des médecins de la Loire-Inférieure

Séance générale du 27 mai 1890.

Présidence de M. Destez, vice-président.

M. *Plantard*, l'un des délégués à la réunion générale de l'Association, à Paris, lit un intéressant

rapport sur les travaux de la session de 1890.

M. *Porson*, délégué également par notre Société, complète les renseignements fournis par M. Plantard en donnant l'énumération des vœux qui ont été présentés par les sociétés départementales. Il insiste sur le vœu émis par notre Société locale touchant la création d'une *caisse du devoir médical*, vœu qui n'a pas été pris en considération.

Les appréciations de ces messieurs sont, du reste, assez pessimistes, et il ressort de leurs communications que les moyens que possédent les sociétés départementales de faire entendre leurs vœux sont à peu près illusoires et que la manière actuelle de procéder réclame de promptes et sérieuses réformes.

La séance est levée.

Le Secrétaire général,
Dr L. GRIMAUD.

Séance du 30 mai 1890.

Présidence de M. le docteur PORSON, Président.

Sont présents : MM. Porson, Patoureau, Destez, Dorain, L. Joüon, Ménager, Lerat, Crimail, Vince, Ollive, Chachereau, Grimaud, Dehillote, Luneau.

Monsieur le docteur Simonneau est reçu membre du Syndicat à l'unanimité.

M. le PRÉSIDENT fait connaître le résultat des élections à l'Association des Médecins de la Loire-Inférieure. M. Attimont, membre du Syndicat, a été nommé président de l'Association. En quelques mots, M. le Président fait l'éloge de M. Attimont, qui a conquis la sympathie de tous ses confréres, et lui adresse ses félicitations.

La lettre d'un confrère signale à l'attention du Syndicat la nouvelle entrée en scène d'un vieux guérisseur, le nommé S..., qui vient de faire 10 ans de prison. Il soigne en ce moment par le camphre et le sulfate de cuivre une femme atteinte de cancer à la lévre.

Plainte a été déposée au Parquet par M. le Président.

Le sieur V..., de Trentemoult, est poursuivi par les pharmaciens. Le Syndicat des médecins pourra se joindre à celui des pharmaciens si, au cours de l'enquête, un ou plusieurs faits d'exercice illégal de la médecine se révélent.

M. DORAIN signale la présence à Nantes d'un autre guérisseur, associé à une guérisseuse, le sieur L...

M. LERAT demande si l'enquête contre le docteur Sanyas, de Toulouse, a eu lieu. M. le Président répond que le bandagiste était parti lorsque les informations ont été prises à l'hôtel où il était descendu.

Une longue discussion s'engage au sujet des certificats et du timbre. La conclusion donnée par M. le Président est acceptée : une demande officielle sera faite de la part du Syndicat au Ministre des finances par l'intermédiaire de M. le Préfet, pour savoir définitivement quels sont les certificats médicaux soumis au timbre.

La séance est levée à 9 heures 1/2.

Dr LUNEAU.

REPORTAGE MÉDICAL

— *Une nouvelle Université.* — Le Conseil municipal de Poitiers a pris une délibération pour demander que les trois Facultés de cette ville soient réunies en Université.

Parmi les considérants invoqués, nous relevons le vote d'une somme de 500,000 fr. pour l'agrandissement et la restauration des bâtiments et l'assurance que la ville est disposée à faire tous les sacrifices pour le maintien et le développement des Facultés.

— La Faculté de médecine de Paris vient de proposer :

1° Pour la chaire de clinique chirurgicale : en première ligne, M. Le Dentu ; en deuxième ligne M. Terrier ; en troisième ligne, M. Nicaise.

2° Pour la chaire de médecine opératoire : en première ligne, M. Tillaux ; en deuxième ligne, M. Berger ; en troisième ligne, M. Charles Monod.

— *Concours du Bureau central (médecine).* — Voici la liste des candidats déclarés admissibles au Bureau central (médecine) :

MM. Bourcy, Duplaix, Galliard, Gilles de la Tourette, Havage, Le Gendre, Mathieu, Robert, Richardière, Thibierge.

Etaient *ex æquo* par leurs points avec les deux derniers admissibles :

MM. Duflocq, Gallois, Lermoyer, Œttinger, Widal.

NECROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr BERTHIAUD, de Villenauxe-la-Grande, membre du *Concours Médical*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr PANNETIER (LOUIS), de Triel (Seine-et-Oise), présenté par M. le Docteur Jeanne, de Meulan.

M. le Dr MUSELLI (JEAN), de Mérignac (Gironde), présenté par le Docteur Leroy, de Villiers-le-Bel.

Revue bibliographique des nouveautés de la semsine.

Les Fourmis de France, par C. Bruyant, licencié ès sciences naturelles. Un volume in-8° de 60 pages avec quatre planches hors texte. Prix : 3 fr.

Cet ouvrage comprend deux parties ; l'une de généralités biologiques ; l'autre est consacrée à l'étude systématique des espèces. L'auteur, par son esprit de remarque, son attention, sa patience, son style imagé se révèle digne émule de Reaumur. Les praticiens qui ont le loisir d'observer à la campagne cet intelligent hyménopère dont a dit : « La Fourmi, si l'on veut, est aux autres insectes ce que l'homme est aux autres mammifères », passeront d'excellents instants à contrôler l'étonnante variété de faits, la complexité que l'on ne retrouve chez aucune autre société animale, pas même la ruche.

La Vie et les Travaux, du Docteur Henri Duboué, médecin en chef de l'hôpital de Paris, par le docteur Léandre Guichard. Prix : 1 fr. Cette brochure fait connaître une des plus remarquables figures médicales de notre époque. 20 % de remise pour MM. les membres du Concours.

Adresser toute demande à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 29 | 19 Juillet 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Myélites et encéphalopathies syphilitiques.

Quand on se trouve en présence d'affections graves du système nerveux, chez des individus atteints antérieurement d'accidents syphilitiques, on ne doit jamais négliger de traiter la syphilis, quand même on serait peu tenté d'admettre un lien étiologique entre la syphilis et la lésion nerveuse. Deux circonstances font souvent méconnaître cette obligation thérapeutique ; tantôt l'affection nerveuse (myélite, ataxie locomotrice, paralysie générale) se montre si longtemps après le chancre et les accidents secondaires que ceux-ci ont été oubliés par le malade, et que, si le médecin n'interroge pas soigneusement son malade, il n'en recevra pas la confidence ; tantôt les accidents syphilitiques sont encore si récents que le médecin hésitera à rattacher à un chancre récent une maladie nerveuse paraissant indiquer les troubles nerveux les plus profonds.

Plusieurs faits communiqués ces temps derniers dans les sociétés scientifiques sont instructifs à ce point de vue.

M. Gilbert a rappelé à la Société des hôpitaux, que dans un travail en collaboration avec M. Lion, il avait publié 56 cas de manifestations médullaires précoces de la syphilis, c'est-à-dire s'étant produites dans les deux années qui ont suivi le chancre ; sur ces 56 cas, 12 fois la syphilis précoce frappait l'encéphale en même temps que la moelle. M. Gilbert publie une nouvelle observation d'accidents médullaires au 10e mois de la syphilis ; ils sont d'ailleurs deux fois plus communs dans la première année que dans la seconde, et se montrent particulièrement vers le sixième mois. On les a surtout observés chez des hommes. Ils se montrent surtout dans les syphilis mal traitées, à éruptions confluentes et tenaces et dans lesquelles à la période secondaire on voit apparaître déjà des accidents tertiaires.

Les myélites syphilitiques ressemblent exactement comme symptômes aux autres myélites banales, c'est l'existence du chancre antérieur qui seule permet le diagnostic.

M. Gaucher a publié en 1883 une observation de syphilis bulbo-médullaire précoce, guérie par le traitement spécifique. Six mois après le chancre, le malade présentait des accidents nerveux progressifs ressemblant d'abord à l'ataxie locomotrice, puis à la paralysie labio-glosso-laryngée.

Le même médecin a guéri par le traitement spécifique un cas de tabes dorsal, d'origine indubitablement syphilitique, ataxie vraie confirmée depuis trois ans et ayant débuté 4 ans après le chancre. On sait que, si l'ataxie est, d'après Fournier, le plus souvent, sinon toujours, d'origine syphilitique, il est bien rare que le traitement spécifique en fasse justice, probablement parce qu'il est commencé trop tard.

M. Renault a guéri aussi récemment une myélite syphilitique lombaire aiguë survenue 12 ans après le chancre. Les doses d'iodure de potassium suffisantes pour guérir sont en général, 5 à 10 grammes par jour pendant 6 à 12 semaines.

L'iodure de potassium à très hautes doses.

Dans le même ordre d'idées on peut citer les cas rapportés par des médecins étrangers et dans lesquels l'iodure a été administré à doses colossales. La *Semaine médicale* rapporte que M. le docteur Haslund (de Copenhague) a préconisé dans ces derniers temps le traitement du psoriasis par l'iodure de potassium à la dose de 30 à 50 grammes par jour, quantités énormes, mais que les malades supportent, paraît-il, très bien.

S'inspirant de cet exemple, M. le docteur Wolf (de Strasbourg) a appliqué avec succès le même traitement à quelques cas de syphilis tertiaire rebelles au mercure et à l'iodure de potassium aux doses habituelles.

Un de ses malades, atteint de syphilis maligne, présentait, un an après l'infection, une arthrite du genou avec ostéophytes, une ulcération de l'amygdale et un épuisement extrême. L'iodure

de potassium, employé d'abord à la dose de 3 à 8 grammes par jour, ne procura aucune amélioration ; l'ulcération du pharynx augmenta même au point de nécessiter l'alimentation par la sonde œsophagienne. Mais un résultat rapide fut obtenu lorsque les doses du médicament furent portées jusqu'à 50 grammes par jour, quantité que le malade prit pendant trois mois de suite. Il consomma en tout 5 kilos d'iodure de potassium et, à la fin de ce traitement, son poids avait augmenté de 14 kilos.

Dans un autre cas de syphilis où quarante-deux frictions avec l'onguent mercuriel restèrent sans effet, M. Wolf obtint un bon résultat par l'administration de 30 grammes d'iodure de potassium par jour pendant deux mois. Au bout de ce temps, le poids du malade avait augmenté de 10 kilos 500 grammes.

Pour éviter les phénomènes d'iodisme, on administre le médicament dans une décoction de riz qui neutralise l'iode métallique formé dans l'estomac. La céphalée iodique est combattue avec succès par l'antipyrine.

DERMATOLOGIE

Les Erythèmes polymorphes et scarlatiniformes (1).

(*Etiologie et pathogénie*).

Dans l'état actuel de la dermatologie, dit M. ERN. BESNIER, les érythèmes ne forment pas une classe définie ; leurs espèces, basées le plus ordinairement sur des caractères partiels, sont dépourvues de solidité et chaque auteur en étend à son gré ou en restreint les limites. C'est une étude à refaire...

(1) J'ai annoncé à propos de mon dernier article l'analyse d'un travail plein d'enseignements de notre éminent maître en dermatologie sur ce sujet. Je lui consacre tout l'article d'aujourd'hui, me réservant de revenir à mon sujet personnel quand j aurai fait connaître les idées de M. Besnier.

P. L. G.

I

On sait que Hébra a individualisé un type d'érythème sous le nom d'érythème multiforme, où l'élément principal, constitué par une congestion du derme, rougeur plus ou moins étendue disparaissant ou diminuant à la pression, se diversifie suivant la forme, l'apparence et la consistance de la zone érythémateuse, et l'existence de complications accessoires (érythèmes papuleux, noueux, iris, phlycténoïde), toutes ces variétés pouvant coexister ou se succéder sur le même individu. L'érythème multiforme, appelé encore polymorphe par ceux qui préfèrent le grec au latin et maladie de Hébra, n'est pas une maladie bien entendu, mais un syndrôme dermatologique qui peut être idiopathique, primitif, autogène ou reconnaître comme condition pathogénique immédiate un agent toxique venu du dehors, ou un élément infectieux développé au cours d'un état morbide protopathique.

Tous les individus ne sont pas égaux devant les érythèmes ; ceux qui ont une fois témoigné leur aptitude à l'érythème, la conservent, ainsi que le prouvent les rechutes et les récidives auxquelles ils sont soumis. On ne peut se défendre de comparer cette prédisposition aux érythèmes à l'aptitude morbide en vertu de laquelle certains individus ne peuvent tolérer certains poisons, certains médicaments, certains aliments, sans avoir du côté de la peau une irritation déterminée, toujours la même pour le même sujet, alors que d'autres individus, également intolérants pour ces mêmes médicaments, ces mêmes aliments, ces mêmes poisons, verront cette intolérance se manifester par des dermatoses différentes.

L'acte vital qui préside à la constitution des lésions cutanées de l'érythème multiforme est d'ordre névro-vasculaire. L'angio-névrose, c'est-à-dire la série des perturbations dans l'innervation vaso-motrice de la peau, se traduit par des troubles d'intensité et de circonscription variables dans les différents éléments constitutifs de la peau fluxion sanguine, œdème albumineux diffus du derme, exsudations séreuses intra-épidermiques, exfoliation desquamative.

FEUILLETON

Notes et Impressions.

Le cœur du médecin doit être un pur diamant à quatre facettes : la bonté, la douceur, la tolérance, la loyauté.

*
* *

La vie, empoisonnée par les maladies et les infirmités, est un voyage de désagrément, pour lequel il n'existe pas de billets de retour. Malgré les amertumes de la route, il y a une réelle satisfaction à sentir qu'on se tranforme avec les années, qu'on reflète toujours plus d'images, qu'on a plus d'idées dans la tête, si on a moins de cheveux dessus. — Le culte de la science, des lettres et des arts, nous procure les joies les plus vives.

La chance !... Je ne sais rien de plus bête que ce mot-là. La chance a beaucoup de noms : elle s'appelle tantôt le travail, tantôt le courage, la persévérance, le savoir-faire, le talent. — Mais ce mot tout sec, la chance, est un pseudonyme du succès, inventé par les envieux pour déprécier le mérite de leurs confrères.

*
* *

Le nervosisme est la maladie de notre génération et particulièrement des Parisiennes ; elles réservent leurs sourires pour le dehors et leurs agacements pour leur intérieur. Aussi, le mari qui est d'humeur douce et conciliante, lorsqu'il a compris qu'une crème à la vanille et une pile électrique ne peuvent pas faire bon voisinage, commence par appeler un médecin, mais se hâte ensuite de déserter le logis.

Dans les premiers temps, il cherche à conjurer l'orage, en devenant poétique, vers le soir ; peu à peu et à la longue il use de toutes les ressources, qu'un homme inventif peut imaginer pour se donner congé, la chasse, les voyages, les conseils d'administration, les réunions politiques, etc...

C'est autant de pris sur l'ennemi, je veux dire les nerfs provocateurs de son aigre moitié.

Le point de départ de tous ces troubles de l'innervation vaso-motrice cutanée est éminemment variable : l'action d'un irritant sur la peau, l'ingestion de certains aliments, ou de certains médicaments, la résorption de toutes les substances septiques, toutes les inoculations virulentes, les proliférations microbiennes, les mille adultérations du sang, autogènes ou autres, peuvent provoquer des érythèmes identiques.

Quel que soit l'agent irritant, ce n'est pas en influençant directement les nerfs et vaisseaux de la peau qu'il produit l'érythème polymorphe, mais bien par la voie réflexe et en perturbant les centres nerveux vaso-moteurs.

Rien n'est plus difficile que d'interpréter, dans l'état actuel de nos connaissances, la pathogénie d'un érythème. Quand un érythème succède à l'action du froid sur la peau, est-ce le résultat d'un réflexe immédiat comme l'engelure (érythème pernio) ou l'urticaire commune ?

Ou bien ne s'est-il pas développé sous l'influence du refroidissement quelque altération humorale ou quelque phénomène inhibitoire des centres vaso-moteurs ?

En faveur de cette seconde hypothèse on peut faire valoir qu'un assez long temps s'écoule entre l'action du froid et la réaction réalisée à la peau, temps pendant lequel s'accomplit probablement une élaboration morbide latente.

La même incertitude plane sur la pathogénie de l'érythème scarlatiniforme avec congestion oculaire et pharyngée qui survient quelques heures après l'ingestion des moules ou d'un crustacé. Est-ce le résultat d'un réflexe par irritation des voies digestives ou une résorption de substances toxiques qui vont impressionner les centres vaso-moteurs ?

Pour les érythèmes médicamenteux, si fréquents, et baptisés assez légèrement par les médecins qui les observent idiopathiques, rhumatismaux ou septiques, quelle part revient dans leur pathogénie au médicament lui-même et à l'état pathologique constitué aigu, subaigu ou chronique pour lequel le médicament avait été administré ? La plupart des maladies dans le cours desquelles on observe les érythèmes médicamenteux peuvent d'ailleurs provoquer de toutes pièces, à titre d'affection secondaire, des érythèmes de caractère semblable aux érythèmes dits médicamenteux.

On peut citer comme exemples d'érythèmes secondaires ceux qui surviennent dans le rhumatisme, le choléra, la blennorrhagie, le typhus, la grippe, le puerpérisme, les endocardites infectieuses, la scrofulo-tuberculose, la syphilis, la lèpre, etc.

On a longtemps considéré l'érythème polymorphe comme une affection de nature *rhumatismale*. Mais depuis dix ans le terme de rhumatisme a bien changé de sens. Le domaine du rhumatisme s'est considérablement restreint en même temps que sa nature infectieuse a graduellement pris de l'évidence. (Nous parlons du rhumatisme articulaire aigu, de la polyarthrite aiguë fébrile.) « On n'est plus aujourd'hui autorisé à appeler une maladie rhumatismale parce que dans son complexus symptomatique apparaissent des myalgies, des névralgies, des arthralgies, voire même des arthropathies ou des lésions du côté des séreuses viscérales, et l'on sait toute une série de pseudo-rhumatismes, également infectieux, mais à leur manière propre (pseudo-rhumatismes blennorrhagique, puerpéral, scarlatineux, pyohémique, etc., tels que Bouchard et Bourcy son élève nous ont appris à les connaître).

Le rhumatisme vrai n'a pas l'érythème multiforme au nombre de ses manifestations propres, mais il peut le provoquer comme tout autre état infectieux, soit directement par son principe propre, soit plus ordinairement, selon toute vraisemblance à titre secondaire, soit en produisant une infection deutéropathique, soit en rendant le sujet impressionnable aux actions médicamenteuses. Un grand nombre des érythèmes du rhumatisme sont des érythèmes médicamenteux et la majorité des érythèmes dits rhumatismaux dépend d'une autre cause simple ou mixte.

On sait combien sont nombreuses et variées les éruptions érythémateuses que l'on rencontre à la *période de réaction du choléra* dans laquelle entrent en scène surtout des infections secondaires

---

On a même vu des maris pousser la galanterie jusqu'à en mourir !

*
* *

Il est une maladie très répandue, contre laquelle nous ne pouvons rien, c'est la banalité, cette lèpre moderne, beaucoup plus redoutable que celle d'autrefois.

*
* *

La bonté est la coquetterie des cheveux blancs, le charme de quelques vieux praticiens : comme au terre-neuve, il leur faut quelqu'un à qui se dévouer.

La bonté est d'ailleurs une réserve de bonheur, puisqu'elle fait jouir du bonheur des autres, quand on a perdu le sien.

*
* *

Les bouquins et les livres, que les marchands entassent sur les parapets des ponts et les quais de la rive gauche, m'ont toujours fait l'effet d'un rempart, garni de sentinelles, abritant le Paris studieux contre la futilité et l'égoïsme de l'autre.

*
* *

Il est tout naturel que les jeunes gens des écoles n'aient pas grand plaisir à séjourner dans leurs petites chambres, si froides et si modestes. — Je conçois qu'il soit agréable pour eux, après avoir bûché énormément tout le long du jour, à l'école pratique ou dans les hôpitaux, de retrouver à la brasserie leurs camarades et de causer de tout ce qui n'est pas la politique. Ces lieux de réunions, où on peut pourtant être libre comme dans la solitude, évitent l'horreur d'être seul. Mais il est permis de se demander si le jeu en vaut la chandelle, ou, pour parler plus exactement, les aveuglants becs de gaz ? — Pour le plaisir d'échanger des vocables, de faire flamber la pyrotechnie des mots et des phrases, il faut subir les criminelles absinthes, les tragiques vermouths, les bitters dénaturés, la bière obnubilante et autres mixtures perfides : c'est chèrement payé !

Les bibliothèques et les cabinets de lecture de la Montagne-Sainte-Geneviève excitent à lire comme les cabarets, artistiques ou non, provoquent à boire, seulement leur breuvage est plus sain.

et des réactions médicamenteuses, reliquat, les unes et les autres, des actes morbides et thérapeutiques de la période algide et diacritique. Combien n'est-il pas difficile de savoir si ces éruptions dépendent d'irritation des centres par altération humorale autogène ou bien si les médicaments, souvent donnés à haute dose, et en grand nombre, pendant la période algide, ne sont pas les facteurs véritables ?

Morel Lavallée a cité le cas d'une petite fille qui, pendant la réaction cholérique, présente successivement une éruption morbilliforme, puis, le lendemain, un érythème ortié, le quatrième jour, un érythème scarlatiniforme bientôt suivi d'une éruption de bulles qui se reproduit et se généralise pendant douze jours, pour être remplacée par un érythème vésiculeux circiné. — Or, cette enfant avait pris, dans les jours précédents, une série de médicaments variés, opium, éther, acétate d'ammoniaque, etc. Qui saurait dire, en présence de ce kaléidoscope éruptif, ce qui revient aux ptomaïnes du bacille virgule, et ce qui appartient à la polypharmacie ?

Comment interpréter un cas d'*érythème chez un blennorrhagique traité par les balsamiques* ? Quel est l'élément vraiment pathogénique ? Est-ce l'irritation de l'urèthre, du col de la vessie ou du rein ? Est-ce l'agent virulent de la blennorrhagie, la gonohémie ? Est-ce la résorption des éléments ptomaïniques, ou la résorption purulente ? Est-ce enfin le médicament qui a été administré, le copahu ?

Ce peut être chacun d'eux, et ce peut être la blennorrhagie prise dans son ensemble, car elle peut s'accompagner d'érythèmes, même en dehors de toute intervention médicamenteuse ; c'est, alors, probablement, le résultat d'une infection secondaire à laquelle la blennorrhagie a ouvert la voie ou préparé le terrain. Beaucoup moins souvent, à notre observation, c'est le médicament qui produit les érythèmes dits balsamiques, et surtout copahiques, chez les blennorrhagiques ; non seulement il est, relativement au nombre considérable de ceux qui prennent du copahu, vraiment rare de voir se produire l'érythème, mais encore il est aisé de constater, comme nous le montrons, à chaque occasion, qu'il n'est pas besoin d'interrompre le médicament pour voir l'érythème céder rapidement.

Si le copahu produisait vraiment l'érythème chez les blennorrhagiques, ce serait seulement en raison d'une intolérance propre au sujet, ou créée par l'état blennorrhagique, ou par une localisation rénale ; mais on ne se trouve plus alors dans l'ordinaire, où les éruptions balsamiques sont vraiment rares. Celles-ci d'ailleurs, pas plus qu'aucune des éruptions médicamenteuses, n'ont de caractères objectifs constants ni exclusifs. On observe, en effet, soit chez les blennorrhagiques, soit chez les autres sujets traités par les balsamiques, non seulement cette forme d'érythème ortié localisée aux flancs et aux membres, roséolique, rubéolique, prurigineuse, mais encore toutes les autres localisations topographiques et toutes les modalités éruptives de l'érythème multiforme.

Force est de reconnaître que la question à résoudre est complexe et ne peut pas être tranchée sans délai ; que les balsamiques peuvent produire des toxidermies érythémateuses, mais que l'étude de celles-ci ne peut être faite à l'aide des observations anciennes ; enfin, que la blennorrhagie pouvant déterminer, d'une manière certaine, la plupart des manifestations cutanées qui ont été attribuées aux balsamiques en général, et au copahu, en particulier, les manifestations ne doivent plus être rapportées, à titre banal, à l'emploi des balsamiques exclusivement.

Dans le cours de la *fièvre typhoïde*, et surtout dans sa convalescence, on peut voir se développer la série entière des érythèmes multiformes dans le type infectieux grave, ou selon le mode bénin. Ces érythèmes ne sont pas du ressort du typhus abdominal proprement dit, ils dérivent soit d'une toxémie secondaire à l'une des lésions typhiques telles que l'endocardite ulcéreuse, la néphrite albumineuse, soit de toute autre des causes de l'érythème multiforme, médicamenteuses, autotoxémiques, etc., etc., auxquelles le typhus n'a servi que d'agent préparatoire.

En effet, les bons livres endorment les angoisses de l'esprit et sont excellents pour la santé morale. — Malheureusement, beaucoup de futurs médecins et de futurs magistrats délaissent la Sorbonne pour les cours du soir de la maison Bullier et leurs journées sont consacrées à prendre des répétitions dans les brasseries à femmes ; ils trouvent plus de saveur au jus du houblon qu'au jus romanum.

*
* *

La vue de la pauvreté est saine, quoique attristante. Le passant qui voit un infirme se dit : Je pourrais être comme lui et il est ensuite plus disposé à accepter son sort. Il s'attendrit et fait un effort pour tirer un peu de monnaie de sa poche, c'est peut-être cet effort qui sauvera son âme. C'est à coup sûr un premier pas, dans une bonne voie, que de devenir attentif aux misères humaines.

*
* *

Il en est des consciences comme des estomacs : les unes se soulèvent plus facilement que les autres.

*
* *

Le médecin et le coiffeur sont les seuls hommes qui puissent mettre la main sur la figure de leur semblable, sans que celui-ci puisse leur en demander raison.

*
* *

En constatant les progrès effrayants de la chimie, en voyant que cette science favorise surtout la sophistication des denrées alimentaires ou engendre des combinaisons terribles comme la dynamite, la mélinite, on est porté à entrevoir l'extermination finale de la race humaine. Il semble que Dieu ait besoin de la planète pour un autre essai et qu'il nous la redemande.

*
* *

Rien n'est moins poétique que la nature et les choses naturelles, que la naissance, la vie et la mort. Le mouvement animal du monde est, en fin de compte, une décomposition et une recom-

ne voyons que des avantages et nulle difficulté de pratique à la déclaration des maladies contagieuses telles que : la variole, rougeole, coqueluche, scarlatine... le choléra ; peu en ce qui concerne la puerpéralité ; nous réservons seulement la tuberculose et la syphilis. La déclaration de ces deux dernières affections n'est pas possible pour le moment. Mais notez bien que la déclaration à la mairie, nous la mettons, comme celle des naissances, à la charge du chef de famille, dès que le médecin lui a indiqué la nature de l'affection, sa contagiosité, et l'a mis en demeure d'aller la faire à la mairie. Comme pour l'état civil, le médecin ne serait tenu à la déclaration que dans un délai et faute de représentants de la famille du malade. Ces questions importent aux Syndicats et leur discussion établira leur crédit auprès de l'Administration.

Dr M., à C. (Nord). — Nous vous faisons observer que déjà, du Nord, quelques confrères affirment que la constatation de décès n'est pas obligatoire, contrairement à ce qui se passe chez vous. On a envoyé la brochure sur la revision, en votre nom, à M. le Comte de M...

Dr P. (Seine-Inférieure). — Oui, la loi, si elle exige que le médecin titulaire d'un hospice soit docteur en médecine, permet que son adjoint n'ait que le grade d'officier de santé, même lorsque dans la ville se trouvent d'autres docteurs. De telle sorte que le titulaire absent, l'adjoint pourra pratiquer les grandes opérations : ce que la même loi lui interdit.

Dr P. — Nous avons reçu votre compte-rendu du Syndicat qui sera publié et la souscription à l'*Union*, s'élevant à la somme de 28 francs. Nous sommes satisfaits d'apprendre que les difficultés qui avaient surgi en 1888 se sont aplanies et que votre Société reprend activement ses travaux. Vous avez omis de nous parler de la constatation des décès; le Syndicat devrait bien mettre cette question à son ordre du jour ainsi que la déclaration des maladies contagieuses.

Dr M., 1773. (Doubs). — Nous vous avons répondu au sujet de la Cie le Phénix et reproduisons votre

Voir la suite de la correspondance à la page 6 des annonces.

Dans le cours de la dernière épidémie de *grippe* les érythèmes ont été fréquemment observés. Bon nombre étaient sans doute imputables à la débauche d'antipyrine et de quinine qu'ont faite les malades de leur propre autorité ou par conseil du médecin.

Comme dans toutes les septicémies, on observe au cours du *puerpérisme* les variétés les plus diverses de l'érythème polymorphe, en raison même de la variété des formes infectieuses. Les plus ordinaires sont du type scarlatin ou morbilleux, mais elles présentent aussi les formes papuleuses, noueuses, etc. ; elles constituent au cours de la puerpéralité, de véritables complications ; la plupart des divers symptômes généraux dont on fait, d'habitude, responsable l'érythème lui-même, ne sont autres que des manifestations sur divers points de l'économie de la toxémie proprement dite.

Souvent il est difficile, au début, de la distinguer objectivement des pyrexies exanthématiques qui peuvent coexister avec l'état puerpéral : mais l'observation attentive des localisations, de la courbe thermique, les incorrections qu'il est aisé de relever dans l'ordre et dans la marche ainsi que dans la chronologie, comparées avec le tableau réglé des pyrexies, permettent, le plus ordinairement, de faire un diagnostic précis, non moins bien entendu que le relevé des phénomènes de la puerpéralité utérine proprement dite.

On voit coexister quelquefois avec des érythèmes multiformes *les endocardites infectieuses*. — H. Barth a publié un cas d'endocardite infectieuse avec éruption cutanée simulant un érythème papuleux, *France médicale*, 1884. — La détermination cutanée est-elle le résultat indirect de la septicémie préexistante par irritation des centres vasomoteurs, ou d'une infection secondaire ? A-t-elle pu dériver de projections emboliques dans des réseaux vasculaires du derme, au même titre que beaucoup de lésions viscérales ? Cette dernière hypothèse qui serait très séduisante n'a pas été démontrée anatomiquement. Il n'est pas impossible qu'elle s'applique à quelques espèces d'érythème, mais elle ne saurait certainement pas être généralisée.

Enfin, la *scrofulo-tuberculose*, la *syphilis*, la *lèpre*, etc., comportent de même toute une série d'érythèmes multiformes secondaires dont l'interprétation est également très difficile dans beaucoup de cas, et en présence desquels il y a toujours à débattre quelle est la part des coïncidences, des actions médicamenteuses, de l'idiosyncrasie, ou de la maladie protopathique.

II.

Par le terme d'*érythèmes scarlatiniformes*, M. Besnier désigne des dermatoses du type érythémateux, qui sont pyrétoïdes pendant une partie ou pendant la totalité de leur cours quand celui-ci est de courte durée ; le plus ordinairement subaiguës, quelquefois prolongées pendant plusieurs semaines, et même pendant quelques mois, limite extrême. Ces érythèmes sont dits scarlatiniformes parce que le type scarlatin, bien que non exclusif, leur est le plus habituel, et finit toujours par prédominer, alors même qu'il n'a pas été manifeste dès le début ; nous les avons appelés érythèmes scarlatiniformes *récidivants*, à cause de la faculté récidivante qui leur appartient en propre.

Dans leurs formes aiguës, et pendant les premières phases de leurs variétés subaiguës et prolongées, ils se rapprochent des pyrexies érythémateuses par la réaction générale qui les accompagne — de la scarlatine par les caractères objectifs de l'éruption, quelquefois par des localisations ou par des complications, qui rendent pour un temps la différenciation très difficile. Mais leurs conditions étiologiques non spécifiques, leur durée variable et prolongée, la simultanéité et la coexistence prolongée de l'éruption et de la desquamation, leur non contagiosité, leur caractère récidivant, etc., les ramènent à côté des érythèmes proprement dits.

C'est avec le plus grand soin que nous disjoignons des affections scarlatiniformes dont nous venons de parler, une variété d'érythèmes pseudopyrétiques qui simulent de plus près encore

---

position de fumier. C'est l'homme qui a mis, sur toute cette misère et ce cynisme de la matière, le voile, l'image, le symbole, la spiritualité embellissante.

***

Quand on a senti la mort passer tout près, quand on a failli voir disparaître une de ces existences qui sont la nôtre même, on comprend alors que, peut-être la vie, affreuse, inique et féroce, vaut encore mieux que le néant.

La disparition soudaine des enfants et des jeunes filles m'a toujours fortement impressionné. Pourquoi donc naître, si c'est pour mourir aussitôt ? — Qu'ont-ils donc fait pour mériter leur mal, ces pauvres êtres ?

Quelle est donc la barbare puissance qui les donne et les reprend au hasard de son caprice et fait de leur court passage en ce monde une source intarissable de larmes ?

Nous devrions peut-être leur porter envie à ces chers petits êtres, dont les yeux se ferment sans avoir vu rien autre que des sourires et de la bonté.

***

Demain, c'est le destructeur de tous les bons projets, de toutes les bonnes résolutions. C'est un mauvais sujet qui trompe et tranquillise la conscience des paresseux.

Demain, c'est aussi le repos entrevu ; c'est la paix pour les cerveaux échauffés, que la lutte pour la vie met en ébullition. Ce mot magique de demain, pour le plus grand nombre des médecins de Paris, qui ne cessent de gravir des étages, c'est le sésame des palais enchantés, ou plutôt de la maison ignorée n'importe où, avec du chèvrefeuille à ses murs, un jardin fleuri et le vieux marronnier, où l'on s'abrite pour les soirs d'été.

Après chaque journée laborieuse, remplie par les mêmes fatigues ou les mêmes dégoûts, nos confrères affairés, esclaves qui méditent toujours d'échapper à leur glèbe, s'endorment avec ce rêve berceur et trop souvent..... menteur.

Puisse-t-il devenir une réalité pour vous, mon cher lecteur !

Dr Grellety.

les fièvres éruptives érythémateuses — scarlatine, rougeole, rubéole, etc., — pendant tout leur cours, et que nous désignons sous le nom de *scarlatinoïdes* ou de *rubéoloïdes*.

Ces dernières affections sont de véritables simili-rougeoles ou simili-scarlatines qui diffèrent des érythèmes scarlatiniformes récidivants par leur caractère toujours deutéropathique, leur origine infectieuse, leur marche rapide, et qui se distinguent des fièvres éruptives véritables par leur nature non spécifique, par la non-transmissibilité, et l'absence de pouvoir inhibitoire.

Parmi elles, le type *rubéoliforme* est le plus rare, habituellement *éphémère*, passager, transitoire, et ne représentant qu'une *phase éruptive de début, de formation* ; quand on a éliminé les rougeoles frustes sans catarrhe, la rubéole, et la série illimitée des roséoles qualifiées, il reste fort peu d'érythèmes rubéoliformes vrais.

Les *scarlatinoïdes* sont des érythèmes *secondaires*, vraiment à forme de scarlatine par la rapidité de l'invasion, la réaction fébrile, l'hyperthermie, les localisations muqueuses et viscérales, les accidents graves, et le mode évolutif. Sauf leur desquamativité souvent hâtive, l'éruption est entièrement scarlatine. Toujours consécutifs à une affection infectieuse le plus habituellement pyrétique, ils n'en constituent qu'une détermination à la peau, ou une complication proprement dite, selon qu'ils naissent eux-mêmes de l'élément infectieux primitif, ou qu'ils procèdent d'une auto-toxémie deutéropathique, d'une toxémie médicamenteuse ou alimentaire. Le puerpérisme infectieux, la septicémie chirurgicale (scarlatinoïdes traumatiques), etc., sont au premier rang des états pathologiques au cours desquels on les voit survenir *sous l'action de l'un des modes divers ci-dessus indiqués*.

Faute de tenir un compte suffisant des notions acquises sur ces questions, plusieurs observateurs veulent encore voir dans ces simili-scarlatines des scarlatines *associées* à divers autres états morbides. Il faut un peu de temps pour que la vérité en ces matières se vulgarise.

Dans les érythèmes scarlatiniformes, les altérations tégumentaires deviennent plus profondes, dépassent, pour un temps, le type conventionnel de l' « érythème » pour se confondre par des transitions insensibles avec les « dermites ou dermatites » érythrodermiques les plus nettes, à ce point que nous ne sommes pas en mesure de dire toujours où commencent les unes et où finissent les autres.

Parmi les érythèmes scarlatiniformes qui, par leur gravité, leur durée, leurs complications, etc., fusionnent de la manière la plus étroite avec les dermites ou dermatites, il en est qui naissent de conditions absolument extrinsèques, telles que certaines intoxications médicamenteuses.

C'est en 1876 que la question de l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant fut posée pour la première fois à la Société médicale des hôpitaux à l'occasion d'une observation publiée par M. Féréol. Elle concerne un homme de 21 ans dont l'observation se résume ainsi :

Homme, vingt et un ans ; à dix-sept ans, première atteinte, « symptômes de fièvre typhoïde avec une éruption scarlatiniforme ».

Janvier 1875. — A vingt ans, la santé étant parfaite, prurit très vif, rougeur en plaques disséminées, fièvre, perte de l'appétit, langue rouge et dépouillée, toux, enrouement, mal de gorge. Du quatrième au sixième jour desquamation très abondante, furfuracée sur le tronc et les membres, très fine et peu abondante à la figure, lamelleuse aux mains et aux pieds où l'épiderme corné s'enlevait par plaques épaisses et larges formant de véritables doigts de gant. Les cheveux, les cils, les sourcils ne tombèrent pas. Cette desquamation dura environ quinze jours, puis la santé redevint excellente.

Mars 1875. — Récidive absolument semblable.

Depuis, cinq autres récidives également semblables, dont trois successivement en octobre de la même année, « en sorte que la rougeur et la desquamation se reproduisaient aussitôt qu'une poussée venait de se terminer ».

Sur les ongles se sont formés des sillons transverses qui apparaissent d'abord à la lunule et avancent vers le bord libre, au fur et à mesure de la progression de l'ongle. Le nombre de ces sillons n'est pas le même à tous les doigts ; quatre très distincts au pouce, à chaque main ; les autres doigts n'en ont que deux ou trois, ou même un seul.

Du 13 au 19 janvier 1876 apparaît la huitième éruption scarlatiniforme conforme aux précédentes : angine, langue dépouillée de son épithélium, fièvre. L'analogie était si complète que l'interne du service, M. Colson, ne put s'empêcher de croire à une scarlatine jusqu'à ce que l'interrogatoire du malade lui eût révélé la particularité du fait.

Les conditions pathogéniques des érythèmes scarlatiniformes sont aussi obscures et aussi complexes que celles des érythèmes multiformes. Les auteurs, pour la plupart, ne les ont pas suffisamment séparées des conditions étiologiques proprement dites ; faute de faire cette sélection, on a pu attacher à ces conditions causales une importance *nosologique* qu'elles ne comportent pas.

Ce qui apparaît, avant tout, manifeste chez les sujets qui présentent les érythèmes scarlatiniformes, c'est une *condition individuelle* particulière, ou une *intolérance propre* étendue à un nombre très varié de causes, non seulement eu égard à des sujets différents, mais encore chez le même sujet.

Tantôt ces causes échappent, sont considérées comme provenant du sujet lui-même, ou sont purement banales ; tantôt, et plus souvent elles résident dans un irritant interne ou externe venu du dehors.

La lecture des observations montre que si l'érythème scarlatiniforme peut être provoqué par un agent toxique interne ou externe, tel que le mercure par exemple, il n'est pas, pour cela, différent de sa nature d'un autre cas absolument semblable, dans lequel cette provocation n'aura pas existé, ou aura été dissemblable. Le même érythème scarlatiniforme peut être provoqué par un coup de froid, une blennorrhagie, l'usage interne du mercure, une friction d'onguent napolitain, une insolation, etc., etc., — nous avons des observations de toutes ces variétés étiologiques — chez le même individu ou chez des individus différents.

Ce n'est pas tout : lorsqu'on aura pris notion du rôle prépondérant de la condition individuelle dans le complexus morbide, on comprendra que l'*effet* produit persiste dans son évolution un temps souvent très long *après* que la cause a cessé d'agir.

On ne devra donc plus s'étonner de voir une cause externe, un agent toxidermique donner naissance à une maladie *de longue durée* tout à fait *hors de proportion* avec la nature, l'énergie, la durée ou le mode d'application de la cause, toutes ces conditions n'ayant d'autre rôle que de *provoquer* l'explosion d'accidents morbides dont la nature, l'intensité, la durée, la forme symptomatique sont essentiellement liées à la *condition de l'individu*, et non à celle de la cause.

En résumé, voici les conditions étiologiques les plus ordinaires des érythèmes scarlatiniformes :

Dans quelques cas, aucune condition appréciable en dehors des banales ; dans d'autres, mais moins souvent que dans le groupe des érythèmes multiformes proprement dits, le « rhumatisme », diverses maladies infectieuses ou virulentes, ou toxiques, blennorrhagie, syphilis, alcoolisme, etc., etc.

Très souvent, irritation de cause externe, soit d'origine professionnelle, usiniers travaillant à haute température, vidangeurs, mégissiers, etc., soit de source médicamenteuse, le mercure au premier rang. Parmi les agents toxiques internes, au premier rang encore le mercure, puis la belladone, l'opium, l'arsenic, la quinine, le chloral, l'acide phénique, les iodures, l'antipyrine, les salicyliques, etc., etc.

Bon nombre des érythèmes scarlatiniformes rapportés à des *causes pathologiques*, telles que le rhumatisme, par exemple, sont simplement *provoqués* par des agents toxidermiques internes ou externes. Si cette condition causale reste souvent méconnue, cela tient à diverses raisons qu'il faut préciser : c'est, d'abord, le caractère éventuel de l'action pathogénique des agents toxidermiques, lesquels *ne* réalisent l'éruption cutanée *que* chez certains individus prédisposés ; *sans cette intolérance personnelle et spéciale, la maladie ne se produirait pas.* C'est, enfin, le délai existant quelquefois entre l'application de la cause et l'irritation du tégument, non moins que le manque de rapport réglé entre le degré de cette irritation et la quantité de l'agent toxique employé, ou la durée de sa *présence réelle.*

Pour le mercure, en particulier, agent provocateur certain et fréquent des érythèmes scarlatiniformes, on a souvent méconnu le rôle qu'il a joué chez certains sujets, par cette raison qu'on l'emploie sans cesse à profusion, à doses excessives, prolongées, toxiques, produisant des stomatites intenses, la cachexie mercurielle, etc., sans voir se développer ces érythèmes.

Ainsi donc, dans les érythèmes scarlatiniformes, il n'y a pas à établir d'espèces *nosologiques* vraies selon la *nature de la cause.* Tous, chez les prédisposés, peuvent naître de conditions intrinsèques les plus variées, sans que leur *nature* en soit adultérée.

Le *même* érythème scarlatiniforme peut être « spontané » — idiopathique, auto-toxémique, — secondaire, réflexe, toxidermique, mercuriel ou autre, etc., etc.

Dans les érythèmes scarlatiniformes, jamais la cause n'est univoque, de premier ordre, exclusive ; en aucune manière on ne peut les assimiler aux *maladies spécifiques*, les seules dans lesquelles il n'y ait rien de plus nosologiquement élevé que la condition causale. Ce n'est jamais à leur « cause » variable, éventuelle, inconstante, banale ou non, que les érythèmes empruntent leur caractère de nature ; c'est au sujet lui-même.

MALADIES DE LA GORGE

Traitement de l'angine granuleuse par le grattage et les applications iodiques après anesthésie locale (1).

De tous les topiques en usage dans le traitement de cette forme de pharyngite chronique de l'adulte qui doit son nom d'angine granuleuse à la présence dans le pharynx buccal de granulations saillantes, rouges, constituées surtout par du tissu adénoïde hypertrophié et enflammé, c'est, à mon avis, l'iode qui donne les résultats les plus nets et les plus durables. Préconisé surtout par Mandl, qui a obtenu, grâce à lui, de nombreux succès, il n'a pas tardé à devenir d'un usage très répandu, et bien qu'on se soit souvent écarté dans son emploi des règles formulées par ce médecin, il a rendu des services à tous ceux qui y ont eu recours. Depuis quelques années cependant sa réputation semble un peu compromise, et il cède le pas à l'ignipuncture. On semble ignorer que si l'iode peut, lorsqu'on l'emploie convenablement et avec persévérance, remplacer le cautère actuel, celui-ci ne peut au contraire en aucune façon produire certains effets qui sont réservés au premier. C'est pourquoi, avant de décrire la méthode technique nouvelle que cette note a surtout pour but de faire connaître, et ses effets thérapeutiques, je tiens à étudier les indications de l'ignipuncture et celles des applications topiques, et à préciser les résultats qu'on est en droit d'attendre de chacun de ces deux modes de traitement.

I

Le traitement de la pharyngite granuleuse par la cautérisation ignée des granulations, grâce à laquelle on obtient la destruction immédiate de leur portion saillante et la régression consécutive de l'autre partie, a été vanté d'abord par Michel (de Cologne). Introduit en France par Krishaber, il s'y est vulgarisé rapidement et est vite devenu à la mode. On s'est habitué peu à peu à le considérer comme l'*ultima ratio*, comme le moyen héroïque et presque infaillible de triompher du mal dans les cas rebelles. C'est là une erreur, qu'il importe de ne pas laisser s'accréditer, car elle a déjà eu pour résultat d'infliger inutilement à bien des malades les ennuis du fer rouge, alors qu'une autre thérapeutique leur aurait rendu service ; et elle aura bientôt, par la force des choses, celui de jeter sur la méthode un discrédit qu'elle ne mérite pas plus que la vogue excessive dont elle jouit encore aujourd'hui.

Il n'est pas douteux que cette méthode soit rationnelle, et même généralement curative, dans les cas où la présence dans le pharynx de granulations volumineuses paraît constituer à elle seule toute la maladie, et je reviendrai tout à l'heure sur ce point. Mais il faut bien savoir que ces cas sont presque exceptionnels. La règle est au contraire de voir la pharyngite granuleuse accompagnée d'une angine catarrhale diffuse, qui ne cè-

(1) La fréquence de cette affection et l'impuissance de la plupart des moyens employés pour en débarrasser les malades nous font penser que la connaissance du traitement simple et facile à appliquer du Dr Ruault rendra service à nos lecteurs.

N. de la R.

de pas au traitement lorsque celui-ci est borné à la cautérisation ignée des granulations pharyngées. Celles-ci, en effet, quoi qu'on en ait dit, ne sont presque jamais la cause du catarrhe diffus qui les accompagne, elles sont au contraire sa conséquence. Elles peuvent lui survivre, mais leur destruction ne peut amener sa disparition lorsqu'il existe en même temps qu'elles. En pareil cas, cette destruction est d'autant plus inutile qu'elle ne saurait être définitive : sous l'influence du catarrhe, les granulations reparaissent rapidement, soit qu'elles se reproduisent aux dépens des parties profondes de chacune d'elles qui ont été respectées, soit qu'il s'en forme de nouvelles.

L'ignipuncture est donc tout à fait impuissante, à elle seule, contre ces formes si fréquentes de pharyngite chronique. Pour les guérir il faut avant tout traiter le catarrhe diffus, agir à la fois sur l'appareil glandulaire tout entier, ce qui exige l'emploi de médicaments topiques dont l'action puisse se généraliser à toutes les parties malades. Le cautère ne trouve son indication que lorsque l'inflammation catarrhale a cédé à l'usage des topiques ; il permet alors, grâce à son action précise et circonscrite, de faire disparaître les granulations hypertrophiées et en même temps la gêne et l'irritation relevant de ces épaississements limités de la muqueuse. Mais il n'intervient que d'une façon tout à fait accessoire ; souvent utile, il n'est que rarement indispensable. On a soutenu, à la vérité, que le galvano-cautère met le malade à l'abri des récidives. Mais ce serait se ménager de cruelles désillusions que d'accepter sans réserves cette opinion. On ne tardera pas à être fixé sur sa valeur si l'on suit un peu longtemps les malades chez lesquels on a pu, grâce à un traitement convenablement conduit à l'aide des topiques d'abord et du cautère ensuite, rendre au pharynx un aspect tout à fait normal. Qu'une angine aiguë un peu intense, ou quelques angines simples, banales, éphémères, viennent à atteindre ces sujets, et l'on verra souvent combien fragile était la guérison sur laquelle on comptait. On pourra constater qu'une inflammation aiguë de quelques jours de durée suffit à amener la récidive du catarrhe chronique qui n'avait cédé qu'à un traitement prolongé, et à faire reparaître, aussi nombreuses, aussi volumineuses qu'autrefois, les granulations du pharynx.

Les cas où les symptômes accusés par le malade dépendent de la présence de granulations pharyngées plus ou moins volumineuses, avec catarrhe circonscrit et peu marqué, sont, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, infiniment plus rares que les précédents. Cet état du pharynx, qu'entre autres causes une ou plusieurs angines aiguës consécutives, quelle que soit leur nature, suffisent à produire, est d'une fréquence extrême. Les personnes qui le présentent, à l'examen, et qui n'en ressentent aucune incommodité, se comptent par milliers. Ceux qui s'en plaignent, lorsqu'ils ne sont pas des névropathes à tendances hypochondriaques, le font presque toujours parce que le médecin qui leur a examiné la gorge, dont ils souffrent, leur a dit n'y avoir trouvé autre chose que des granulations. Ils sont dans leur droit strict en attribuant leur mal à l'unique lésion qu'on leur a signalée. Mais, neuf fois sur dix, ces granulations sont innocentes des méfaits qu'on leur impute, et c'est à quelque lésion de voisinage (catarrhe naso-pharyngien, vices de conformation du squelette ou affection de la muqueuse des fosses nasales, hypertrophie exagérée de l'amygdale linguale, etc.), que les symptômes sont légitimement attribuables. Dans les cas extrêmes seulement, lorsque les granulations sont très volumineuses, confluentes, surtout groupées en colonnes et particulièrement sur les régions latérales du pharynx au niveau du prolongement des plis salpingo-pharyngiens, ces productions sont capables d'amener par elles-mêmes des troubles morbides, parce qu'elles déterminent une irritation mécanique et une gêne des mouvements du pharynx à la façon de véritables corps étrangers. En pareil cas, l'ignipuncture donne des résultats supérieurs aux autres méthodes de traitement préconisées jusqu'ici, elle permet de détruire les tissus exubérants en respectant les parties voisines, résultat difficile à obtenir avec le nitrate d'argent qui agit trop lentement, avec la pâte de Londres ou l'acide chromique dont l'action est moins précise et moins limitée, et à peu près impossible à réaliser par les applications topiques ordinaires de solutions iodées. La récidive peut encore se produire, il est vrai, et rendre nécessaires plusieurs interventions successives, à des intervalles de temps variables, mais en fin de compte, si le malade ne manque pas de patience, le médecin finit la plupart du temps par obtenir une guérison complète et définitive.

Les cas où la médication topique est inutile étant exceptionnels, celle-ci conserve donc toujours une importance considérable dans le traitement de l'angine granuleuse. Mais, pour certains que soient les résultats qu'elle donne, il n'en est pas moins vrai que ceux-ci sont presque toujours très lents à se manifester et que dans bien des cas ils se montrent tout à fait insuffisants.

Certains topiques, comme les astringents (nitrate d'argent, chlorure de zinc, etc., en solutions faibles) ou les solutions alcalines en gargarismes ou en pulvérisations, ne donnent presque jamais que des améliorations transitoires ; d'autres, comme les solutions iodées, doivent souvent être utilisées très longtemps avant de se montrer réellement efficaces. Et cependant l'iode agit à la fois sur les glandes, sur le tissu adénoïde, et peut-être aussi sur les vaisseaux ; c'est un puissant médicament ; et son action antiseptique vient encore se joindre à ses autres propriétés pour expliquer ses effets dans les catarrhes, le rôle des micro-organismes ne paraissant pas niable dans la pathogénie de l'inflammation chronique des muqueuses. Je crois, pour mon compte, que c'est surtout à ses propriétés microbicides, accrues encore par sa grande diffusibilité, que l'iode doit son efficacité dans l'angine granuleuse. Cette action se fait sentir jusqu'aux culs-de-sac glandulaires et sur toute l'étendue de la muqueuse ; grâce à elle le catarrhe diminue, et en même temps le tissu adénoïde cesse de subir les effets d'une phagocytose jusqu'alors exagérée dont l'hypertrophie était la conséquence. Mais pour que ces effets puissent se produire, il est indispensable que l'iode soit mis immédiatement en contact avec les tissus sur lesquels il doit agir. Or, dans la pratique, on ne cherche guère à réaliser cette importante condition de succès. Les badigeonnages iodés sont faits d'ordinaire avec des pinceaux doux, dont le maniement est le plus souvent abandonné au malade lui-même ou à une personne de son entourage, et se réduisent à une

simple application du liquide sur la muqueuse tapissée d'une couche de mucus ; de telle sorte que ce vernis protecteur est presque seul à subir l'action du médicament. De plus, on emploie des solutions iodo-iodurées presque toujours faibles ; et si l'on veut agir plus énergiquement, on se sert de teinture d'iode, sans songer que cette préparation enlève à l'iode une partie de son pouvoir antiseptique, et que l'alcool qui ne sert pas à coaguler le mucus irrite la muqueuse avec laquelle on le met en contact.

Cette technique est si défectueuse, qu'on peut à bon droit s'étonner de voir les malades en tirer souvent profit. Ma préoccupation constante a été, depuis plusieurs années, de la perfectionner autant que possible. Je n'ai pas tardé à me convaincre de la supériorité du tampon d'ouate sur le pinceau ordinaire, et de la nécessité de frotter la muqueuse, et non pas de la badigeonner. Depuis, je suis revenu à l'usage des pinceaux, mais je les emploie, concurremment avec l'ouate, d'une façon un peu spéciale, aussi vais-je exposer avec quelques détails ce manuel opératoire.

II

Pour faire les applications topiques d'iode dissous dans l'eau additionnée d'iodure de potassium, je choisis le moment de la journée le plus éloigné possible du dernier repas, afin de ne pas exposer le malade à des vomissements alimentaires.

Je commence par débarrasser le fond de la gorge des mucosités qui le tapissent, à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile du volume d'une noix, fixé au bout d'une longue pince à forcipressure. Après ce nettoyage sommaire, j'en fais un second avec un tampon identique, imbibé d'une solution de bicarbonate de soude à 2 pour 100, et je fais gargariser le malade avec cette même solution.

La gorge une fois nettoyée, je la badigeonne, à deux reprises consécutives, à 3 minutes d'intervalle, avec un tampon légèrement imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquième (1). Au bout de quelques minutes, on est averti par le malade que l'anesthésie de la gorge est obtenue, et on passe alors à l'application de la solution iodurée (2).

Pour appliquer ce topique, je me sers des pinceaux que mon ami le Dr P. Le Gendre a eu l'heureuse idée d'employer et de recommander dans le traitement de l'angine diphtérique par la méthode de M. Gaucher. Ces pinceaux sont des brosses en soie de porc, dures, fabriquées pour les peintres. Les poils sont fixés dans un tube en fer-blanc emmanché à une longue tige en bois blanc. On les trouve chez tous les marchands de couleurs, à qui il faut demander les brosses n° 12, qui ont la dimension la plus convenable. Il faut les choisir bien fermes. On doit avoir, pour chaque malade, deux de ces pinceaux. L'un est employé tel quel ; l'autre au contraire doit subir une modification préalable : on en coupe les poils, avec des ciseaux, de façon à les raccourcir des deux tiers au moins. On obtient ainsi une petite brosse à extrémité plane ; élastique, mais très dure.

Le pinceau ainsi transformé étant convenablement imbibé de la solution iodo-iodurée, on fait ouvrir la bouche au malade, dont on abaisse la langue avec une spatule ; et portant résolument le pinceau au fond de la gorge, on frotte *énergiquement* la paroi pharyngée, de haut en bas et de bas en haut sans quitter sa surface. On insiste surtout sur les endroits où les granulations sont les plus nombreuses ; et, sur les granulations isolées, on appuie fortement le pinceau en lui imprimant sur place quelques mouvements de rotation. Cette manœuvre fait presque constamment apparaître, en quelques endroits, une certaine quantité de sang. On laisse alors le malade cracher et se reposer quelques secondes, et on badigeonne de nouveau le pharynx avec la solution, en se servant cette fois de l'autre pinceau, à poils longs, qui est moins dur que le premier. S'il y a de l'angine catarrhale diffuse, on badigeonne alors avec ce pinceau, sans craindre d'employer une certaine force, les piliers du voile et sa face antérieure. Enfin on invite le malade à cracher l'iode en excès et la salive qui remplit sa bouche, mais autant que possible on ne lui permet pas de se gargariser ni de boire, avant quelques minutes, pour éviter que le médicament soit trop rapidement entraîné.

En disant qu'il faut frotter énergiquement, jusqu'à faire saigner, je précise de mon mieux ce qu'on doit faire; mais, malgré tout, je ne puis éviter au médecin qui voudra employer la méthode un apprentissage indispensable. Certains pharynx, en effet, saignent plus faiblement que d'autres et il faut chercher ailleurs une mesure du degré de force à employer. Celle-ci varie suivant les cas, suivant la susceptibilité du malade surtout. On devra donc d'abord s'assurer du degré de tolérance du pharynx, et frotter d'autant plus fort, aux séances suivantes, qu'on l'aura reconnue plus grande.

Grâce à la cocaïne, ce grattage est aisément supporté par le malade, mais presque aussitôt après il donne lieu à une sensation pénible de cuisson qui augmente d'abord, devient moins forte au bout d'une demi-heure, ou quelquefois d'une heure ou deux seulement, et qui persiste, atténuée, mais encore assez désagréable, pendant 12, 24 ou 48 heures, rarement plus. Les gargarismes à l'eau très froide ou même glacée sont le meilleur moyen à utiliser pour la combattre. Quelquefois, on peut avoir, le lendemain, un peu d'œdème de la luette ou d'un des piliers ; mais ces accidents sont d'ordinaire passagers et disparaissent sans encombre. Ils m'arrivent d'ailleurs plus rarement aujourd'hui que j'ai acquis une expérience suffisante de la méthode, et que je sais plus exactement le degré de force qui peut être employé sans danger.

Au bout de quatre à six jours, quand la réaction consécutive a disparu, et que les eschares blanchâtres recouvrant les régions excoriées sont tombées, on recommence la même manœuvre, qui est également bien mieux supportée que la première fois et donne lieu à une réaction beaucoup moins marquée ; et on continue ainsi tant que la chose est nécessaire. Lorsque les granulations du pharynx sont très volumineuses, on peut, immédiatement avant d'appliquer l'iode, les cautériser au galvano-cautère ou les gratter avec une petite

(1) Il est clair qu'on devra, au préalable, s'assurer de la tolérance du malade pour la cocaïne.

(2) Les solutions que j'emploie sont formulées comme il suit :

Iode..............................	} àâ 2 gr.
Iodure de potassium............	}
Eau distillée........................	15 à 20 gr.

curette tranchante analogue à celles qu'emploient les gynécologistes pour l'utérus. On peut aussi employer des solutions iodiques plus concentrées. Mais tout cela est inutile dans beaucoup de cas.

Les résultats de ce mode de traitement sont très satisfaisants dans la majorité des cas. Les succès sont quelquefois si rapides, que deux séances peuvent suffire à amener une amélioration des symptômes telle que les malades se croient guéris. Catarrhe et granulations disparaissent souvent en cinq ou six séances. Je n'entends pas dire que les guérisons obtenues seront toujours complètes et définitives, et je n'emploie d'ailleurs pas cette méthode depuis assez longtemps pour fournir des renseignements à cet égard, mais il n'est pas douteux pour moi qu'à l'encontre de ce qui a souvent lieu pour l'ignipuncture, les malades n'hésiteront pas, si la chose est nécessaire, à se soumettre de nouveau à un traitement dont ils apprécient, non seulement l'innocuité, mais aussi la rapidité d'action.

Il me resterait, pour être complet, à étudier les conditions qui peuvent faire varier le pronostic. Mais c'est là une question trop importante pour que je puisse, dans cette note, faire autre chose que l'effleurer, car elle se relie à celles de l'étiologie et de la pathogénie de l'angine granuleuse, dont l'étude est loin d'être faite. L'angine granuleuse consécutive aux angines aiguës graves est en général d'un pronostic très variable. On peut dire, cependant, d'une manière générale, que les pharyngites de cause purement locale sont les plus faciles à guérir, si l'on prend soin, en même temps qu'on applique le traitement local, de soustraire le malade aux causes de la maladie. Mais ces pharyngites ne sont pas les plus fréquentes. La plupart reconnaissent pour causes des lésions du voisinage, l'imperméabilité nasale et le catarrhe naso-pharyngien, et en pareil cas il est clair qu'il faudra s'attaquer à la cause et chercher à la faire disparaître. Bien souvent enfin le nez et la gorge ne sont devenus malades qu'à la faveur de poussées congestives répétées, dont il faut chercher la cause dans quelque affection chronique du tube digestif et surtout de l'estomac; ou encore de l'appareil génital, principalement chez les femmes. Les gens dont la peau fonctionne mal, ou offre une sensibilité exagérée aux changements brusques de température, peuvent aussi être sujets à ces poussées congestives réflexes des premières voies. On conçoit que chez ceux-ci les soins de la peau, l'hydrothérapie, les frictions, etc., peuvent trouver leur indication, et s'imposent au même degré que le traitement de l'affection utérine ou stomacale chez les autres. Mais ces derniers surtout ne guérissent définitivement que si l'utérus ou l'estomac reprennent, sous l'influence d'un traitement approprié, leur fonctionnement normal. Chez certains malades, atteints à la fois de dilatation atonique de l'estomac et de pharyngite chronique, l'état de la langue est un élément important de pronostic : ceux qui ont constamment la langue sale, bien que l'exploration des liquides gastriques ne fasse pas reconnaître de catarrhe stomacal appréciable, sont les plus difficiles à guérir.

On doit aussi ranger dans les cas défavorables ceux de certains névropathes, généralement issus eux-mêmes de souche névropathique ou hystérique, et chez lesquels les symptômes persistent quelquefois avec la même intensité, malgré la disparition presque complète des lésions. On peut alors recourir avec avantage à l'hydrothérapie ou aux bromures. Plus souvent encore que les bromures, la strychnine, lorsqu'elle est prise à la dose de 5 à 6 milligrammes par jour, donnent en pareil cas de bons résultats (1).

Comme chez les nerveux, il ne faut pas non plus négliger de s'adresser à l'état général lorsqu'on a affaire à certains rhumatisants, à des goutteux, sujets à des poussées congestives de la face et du cou qui rendent la pharyngite particulièrement rebelle et sujette aux récidives. Une diététique appropriée et la médication hydrothermale prescrite à propos et bien dirigée, sont alors de puissants auxiliaires du traitement local.

Dr Albert RUAULT,

Chef du service de la clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

Les Officiers de Santé.

Il paraît qu'on veut nous supprimer ! Pourquoi ? — S'élève-t-il un tolle général contre nous dans les centres de population où nous exerçons la médecine ? Chaque village est-il prêt à chasser son médecin, dont l'ignorance l'écœure ? Non. — N'en déplaise à M. Gustave Flaubert, nous sommes toujours parmi les principaux du pays. Je puis même dire que nous jouissons de la considération générale. Le villageois, derrière ses vitres, aime à signaler notre voiture quand elle passe l'hiver sur la route déserte, et on nous plaint, de grand cœur, je vous l'assure, d'être obligés de marcher quand même dans la neige. Serait-ce par pitié pour nous qu'on voudrait nous supprimer ? Serait-ce pour nous garantir, malgré nous, contre l'ingratitude des clients ? — Mais nous gagnons notre vie comme tous les autres médecins quand ils sont honorables : on a besoin de nous ! La preuve, c'est qu'on nous « honore », obéissant au précepte célèbre de la Bible : *Honora medicum, propter necessitatem.*

Eh bien ! quoiqu'on ait besoin de nous, on nous supprime ; sauf meilleur avis, je crois qu'on a tort.

En nous supprimant, on va ouvrir la campagne à tous les rebouteurs, empiriques et charlatans : autant de corbeaux qui vont s'abattre sur la place, car il ne faut pas croire que vos docteurs vont venir à la campagne au moment où nos campagnes sont désertées chaque jour pour les villes. Admettons que l'officier de santé n'est pas un savant, il a tout au moins appris au contact de ses maîtres le fameux précepte d'Hippocrate (notre maître à tous) : « d'abord ne pas nuire », et vous

(1) Il n'est pas douteux que certaines manifestations névropathiques, même franchement hystériques, ne cèdent rapidement à la strychnine alors qu'elles avaient résisté à l'emploi méthodique des bromures. J'ai été souvent à même de constater ce fait dont je dois la connaissance à M. le professeur Ch. Bouchard. Sur le conseil de ce maître, j'ai prescrit systématiquement la strychnine, à la dose de 6 milligrammes par jour, à tous les malades atteints de toux hystérique, chorée laryngée, toux nerveuse du larynx, qui se sont présentés à mon observation, et j'ai obtenu jusqu'ici de ce traitement des résultats inespérés (6 guérisons rapides sur 7 cas que j'ai pu suivre).

CORRESPONDANCE

(*Suite.*)

affirmation que vous n'avez qu'à vous louer des fournisseurs du Concours et que tous ceux auxquels vous vous êtes adressé, vous ont pleinement satisfait.

Dr L. V., à B. — Le secret professionnel est absolument garanti par la formule publiée n° 25, et il serait facile, si l'usage s'en répandait, d'en faire reconnaître officiellement la légitimité et d'obtenir des sanctions absolues.

Dr D., à E. (Marne). — Veuillez faire nos compliment de condoléance à la veuve de votre confrère. — On a reproduit l'annonce de la clientèle à occuper. Veuillez nous informer dès qu'une solution se sera produite.

Dr S., à T. — La constatation des décès touche la médecine à divers points de vue. Nous reconnaissons que cette visite spéciale n'est pas agréable, lorsque la mort est survenue d'une façon un peu inopinée et qu'elle n'avait pas été nettement pronostiquée par le praticien. Mais, malgré ce léger désagrément, la constatation du décès ne peut être opérée réellement que par le médecin et une fiction de la loi seulement l'attribue à tort à l'officier de l'état civil, comme la constatation de naissance. — Pour tout concilier, le préfet peut bien exiger du maire qu'il ne délivre le permis d'inhuminer que sur le vu du certificat médical. Le médecin ne doit pas constater dans son cabinet; il doit constater de visu et dans le cas de mort inopinée procéder à une vérification scientifique. — La formule anonyme indiquant la nature de la maladie jointe au certificat de mort réelle, répond au besoin de statistique générale et empêche les inhumations dans les cas de mort apparente ; l'intervention du médecin peut aussi empêcher les crimes. — Donc, à tous les points de vue, il faut que la constatation se généralise.

Dr D., à S. (Vienne). — Votre Syndicat devrait mettre à l'ordre du jour la question de déclaration des maladies contagieuses.

ne savez pas les choses dont est capable le rebouteur que vous allez mettre à notre place. Il ne craint rien, le rebouteur, pas même la loi, qui est douce pour lui. Ah ! la partie va lui être belle ! Mais, est-il vrai que nous soyons de si mauvais praticiens ? Leudet, qui s'y connaissait, disait souvent que le praticien français était au-dessus de son confrère étranger, grâce à son bon sens ; pourquoi veut-on qu'un officier de santé n'ait pas autant de bon sens qu'un docteur ? Est-ce que vous croyez sérieusement que le premier docteur venu, celui qui a fait des études rapides (et la nouvelle loi militaire fera faire des études à toute vitesse), soit bien au-dessus d'un officier de santé. Il a passé plus d'examens que nous, c'est vrai, mais, pour moi, je n'ai jamais cru que les examens aient prouvé grand'chose. Je puis me tromper ; cependant un savant médecin a dit : La capacité, le savoir et la sagesse, qui vont si rarement ensemble, se rencontrent souvent au village, et il est tel petit médecin dont les visites sont payées quinze sous par le paysan avare, qui en remontrerait sur nombre de points à ces sommités, comme on dit ridiculement, dont la sottise nobiliaire et la vanité bourgeoise entretiennent l'ostentation et le faste. » Vous me pardonnerez, mais j'approuve cela.

Le Gouvernement et M. Brouardel nous ont d'abord défendus, et nous respirions. Maintenant, ils nous abandonnent. Pourquoi ? Je ne sais. Mais ce que je sais, c'est que nous sommes perdus.

En nous supprimant, on va faire disparaître plus ou moins rapidement certaines Ecoles de médecine, on va détruire des centres scientifiques où l'activité médicale était plus grande qu'on ne le croit à Paris.

Dans le monde entier, on fait de grands efforts pour multiplier les écoles et empêcher les capitales de tout absorber : dans la France démocratique, c'est le contraire.

Il y a 20 ans, quand un nouvel état de choses politique remplaça l'ancien, tout le monde parlait de décentralisation. Depuis 20 ans, le nouveau régime, suivant la marche de l'ancien, centralise de plus en plus. Paris veut dévorer les grandes villes, les grandes villes veulent dévorer les campagnes. Nous avons cependant des députés, nous aussi.

Je voudrais leur dire que nous tenons à nos Ecoles, comme les docteurs tiennent aux leurs.

L'Ecole de Rouen est de celles qui resteront, je l'espère bien, parce que une grande ville comme Rouen lui fournit des éléments de vie par les maîtres et les élèves qu'elle attire ; mais il y en a d'autres qui tomberont. A mon avis, ce sera malheureux pour le bien commun.

Décidément, on veut que Paris et le quartier Latin absorbent les étudiants, que des raisons spéciales retenaient encore en province. Et cependant, il n'est pas besoin de rester longtemps dans la capitale pour voir de quelle pléthore souffrent les services d'hôpitaux et les laboratoires de l'Ecole pratique. Il est vrai qu'aux cours de la Faculté il ne vient personne.

A l'hôpital, l'interne et les externes peuvent suivre la visite en voyant et touchant les malades ; mais les autres élèves, que deviennent-ils ? Le manteau sur le dos, le chapeau sous le bras gauche, le parapluie sous le bras droit, ils suivent la visite de loin, à 3 ou 4 mètres du malade. Ceux qui sont hardis retiennent leur place trois ou quatre lits d'avance ; ceux qui sont timides ne reviennent plus à l'hôpital. Quoique simple médecin, j'ai appris ma clinique encore mieux qu'eux.

On m'a dit qu'à l'Ecole pratique il fallait attendre son tour pour avoir une place et un fragment de membre à disséquer ; dans les laboratoires, on apprend l'anatomie pathologique au tableau. Les élèves officiers de santé font des autopsies en province.

La centralisation ne me paraît pas bonne pour les élèves. Elle est aussi mauvaise pour les maîtres. J'ai vu dans mon journal que trois places étaient au concours pour le Bureau central. Et combien sont-ils de candidats ? Soixante-huit ! Il faut les plaindre tout en admirant leur courage. Quelques-uns pourraient avoir l'idée de concourir pour la province. Là, ils auraient des éléments de travail que Paris ne leur donne qu'après plusieurs années d'attente, quand il les donne ; mais en supprimant les officiers de santé, vous allez diminuer le nombre des Ecoles de province, vous allez fermer des débouchés aux jeunes savants.

Et voilà comment la question des officiers de santé peut finalement toucher les candidats au Bureau central de Paris ! On ne l'aurait pas cru tout d'abord.

J'ai fini. Je dirai cependant encore quelque chose. Paris veut toujours centraliser ; et pourtant, malgré Paris, il y a une décentralisation qui se fait : celle des consultations. M'est avis que plus nous irons, plus la province se suffira à elle-même : Docteur ou officier de santé, le médecin de province n'appelle plus Paris comme autrefois : c'est peut-être bien pour cela que Paris veut nous forcer à venir chez lui.

(Normandie médicale.)

Il nous a paru utile de reproduire l'article ci-dessus ; nous pensons qu'il n'y a pas de danger à ne plus créer des officiers de santé. Le nombre des médecins est suffisant, à cause des voies de communication assez améliorées pour qu'un médecin puisse visiter trois fois plus de clients qu'il y a 30 ou 40 ans, dans le même espace de temps et avec moins de fatigues. Dès lors, pourquoi craindre que les médicastres se multiplient ?

A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de Voiron et cantons voisins (Isère).

Séance du 15 juin 1889.

Le 15 juin 1889, à 5 heures du soir, sur la convocation motivée de M. le Dr Fugier (de Moirans), président, a eu lieu à l'hôtel du Louvre, à Voiron, la réunion annuelle du Syndicat médical de Voiron et cantons voisins.

La convocation portait la mention expresse que tout sociétaire absent et non excusé, serait considéré comme démissionnaire.

Etaient présents : MM. les Drs Fugier, président ; Brun-Buisson, Dumarest et Rouvier (de Voiron) ;

s'étaient excusés par lettre MM les Drs E. Barral et Masson (de Tullins), Coche (de Rives), Fouillon-Buyat (de Saint-Geoire), Jamme (de Saint-Laurent), Chevalier et Ambroix (du Pont-de-Beauvoisin), Mansord (du Grand-Lemps), et verbalement, MM. les Drs Izoard et Pontet.

Enfin M. le Dr A. Barral (de Fures) avait envoyé sa démission motivée par son âge et l'impossibilité d'assister aux séances, et les Drs Boucher et Ponte avait démissionné par lettre collective.

Le bureau régulièrement complété par l'élection comme secrétaire-trésorier de M. le Dr Dumarest, l'assemblée a accepté à l'unanimité la démission des Drs A. Barral, Boucher et Ponte.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, l'assemblée, dans une longue et cordiale conférence, qualifie comme il convient les défaillances qui l'ont suivie.

L'assemblée décide ensuite que dans la réunion de 1890, il sera procédé à la revision des statuts.

Un banquet excellemment servi a clos cette réunion où s'est une fois de plus affirmée l'intelligente et parfaite confraternité des membres présents ou excusés du Syndicat, et la vitalité de cette amicale association.

Rendez-vous a été pris à Rives pour 1890.

Séance du 21 juin 1890.

Le 21 juin 1890, sur la convocation du Dr Fugier, président, le Syndicat médical de Voiron et cantons voisins s'est réuni en assemblée générale annuelle à Rives, hôtel Boucherand, à 5 heures du soir.

Etaient présents MM. les Drs Fugier (de Moirans), président, Dumarest, secrétaire-trésorier, et Brun-Buisson (de Voiron), Coche et Pontet (de Rives), E. Barral et Masson (de Tullins).

S'étaient excusés par lettre : MM. les Drs Fouilloud-Buyat, Jamme, Mansord et Rouvier ;

Absents : MM. les Drs Chevalier, Izoard et Ambroix.

Le syndicat est donc actuellement composé des 14 membres nommés ci-dessus.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, l'ordre du jour appelle la revision des statuts :

Quelques modifications y sont introduites, notamment dans la composition du bureau qui sera désormais formé du président et du secrétaire-trésorier, et renouvelable chaque année.

MM. les Drs E. Barral et Masson sont nommés président et secrétaire-trésorier pour 1891, et il est décidé que la réunion annuelle de 1891 aura lieu à Tullins.

L'état actuel de la caisse étant un avoir de 70 fr. 50, il est décidé que la somme de 2 fr. par sociétaire sera adressée à l'Union des syndicats, et qu'il n'y a pas lieu cette année encore de demander un versement de cotisation.

L'assemblée aborde ensuite la question de la médecine légale, et, après discussion, vote à l'unanimité un vœu tendant à l'unification et à la fixation honorable des tarifs, et à la simplification de leur mode de paiement.

A 7 heures 1/2, un repas intime faisait joyeusement pétiller la verve doctorale et se terminait trop vite au milieu de la plus franche et cordiale confraternité !

REPORTAGE MÉDICAL

— Le projet de revision des lois de l'an XI a été examiné, en totalité, par la commission spéciale, à l'exception des conditions imposées aux *officiers de santé*, pour acquérir le grade de docteur et de la façon dont l'hypnotisme doit être envisagé par la loi, dans ses rapports avec l'exercice de la médecine. Espérons qu'après les vacances, les législateurs, au lieu de s'interpeller cinq fois par semaine, discuteront, dans le même laps de temps, au moins un des nombreux projets de loi qu'ils ont sur la planche. Ceci ne nous renvoie qu'au mois d'octobre ! Malgré nos déceptions depuis 10 années, nous espérons, puisque le gouvernement est dans des dispositions favorables.

— Voilà, encore une fois, le Conseil supérieur de l'enseignement et la Faculté de médecine en gésine de baccalauréat. Depuis longtemps on ne comprend guère les perpétuelles variations que subissent les épreuves littéraires et scientifiques qui doivent ouvrir l'accès de l'étude de la médecine.

Dans la préparation du projet de loi *Chevandier*, à laquelle ont pris part nombre de membres du *Concours Médical*, il avait été bien entendu, en 1880, que sous aucun prétexte, on ne consentirait à laisser abaisser le niveau de l'éducation littéraire des futurs médecins.

On acceptait le baccalauréat ès lettres dans toute son extension et on se résignait à admettre comme équivalent le baccalauréat ès sciences complet.

Nous comptons bien que les Chambres dégageront l'étude de la médecine de tout le fatras d'impedimenta qu'on accumule et qui varie si souvent.

Bacheliers ès lettres, bacheliers ès sciences complets, abordent dès la première année l'étude de la médecine. Par les examens, les professeurs de la Faculté s'assurent qu'ils savent appliquer leurs connaissances scientifiques.

En quatre années d'études médicales assidues, les travailleurs peuvent, si les sources d'instruction leur sont ouvertes par les *spécialistes*, par les *cours libres* multipliés, par les *cours payants*, acquérir une instruction suffisante.

Les élèves qui se destinent aux concours, aux spécialisations peuvent prolonger leurs études à leur gré.

Mais, puisqu'on semble vouloir enfin ne plus créer des officiers de santé, il ne faut pas aggraver les difficultés du doctorat, assuré qu'on sera de n'ouvrir cette carrière qu'à des jeunes gens préparés par des études littéraires et scientifiques complètes.

— Le ministre de l'instruction publique, M. *Bourgeois*, assure le fonctionnement des écoles préparatoires de plein exercice et des Facultés par un *jury spécial de professeurs examinateurs*, non enseignants, ambulants, qui éviterait trop de déplacements aux étudiants, et tous les docteurs en médecine seront reçus par le même jury dans toute la France.

Les étrangers étudiants en France, devront déclarer s'ils ont ou non pour but de pratiquer dans notre pays. Les premiers devront subir les examens des étudiants nationaux ; les seconds recevront seulement un diplôme constatant qu'ils ont suivi les cours de nos facultés, sans droit d'exercice en France.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 30 26 Juillet 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Traitement de la morphinomanie.

M. le docteur Régnier vient de publier sur l'*Intoxication chronique par la morphine et ses diverses formes*, une monographie dont la *Semaine médicale* résume les conclusions thérapeutiques.

Il importe, avant toute autre chose, de mettre le malade dans l'impossibilité absolue de se procurer de la morphine. Compter sur l'énergie de sa volonté est un leurre. Il vaut mieux le préserver contre lui-même, le soumettre à une surveillance rigoureuse et intelligente ; il faut enlever le malade à son entourage ordinaire qu'il trompera, à sa famille qui finira toujours par céder à ses prières, le mettre en un mot dans l'impossibilité absolue de se faire des injections de morphine, en cachette, chose difficile, car rien n'égale la subtilité des malades pour tromper le médecin.

En Allemagne, en Amérique, en Angleterre, il existe des maisons spéciales pour le traitement des morphinomanes, où les malades sont soumis à la surveillance nécessaire. En France, il n'y a, jusqu'à présent, rien eu de semblable. Cependant dans quelques maisons de santé on s'occupe aujourd'hui spécialement du traitement de la morphinomanie. Pour les malades de la classe riche, il n'y a donc pas à hésiter, il faut les placer immédiatement dans une de ces maisons de santé. Essayer de les traiter à domicile est une tentative inutile et même dangereuse, car chaque cure avortée rend plus difficile la cure suivante et fait souffrir le malade sans aucun bénéfice. Souvent même, à la suite de ces essais infructueux, la passion pour la morphine s'accroît.

Dans la classe peu aisée, la seule ressource qui s'offre est l'internement du malade dans un asile d'aliénés. A l'hôpital, il est, pour ainsi dire, impossible de réussir un traitement par suppression, parce que les solutions de morphine sont insuffisamment cachées, le personnel peu sûr, l'isolement impraticable ; que les malades peuvent communiquer entre eux et recevoir des visites. C'est seulement à l'asile que le malade peut être suffisamment surveillé. Mais, doit-on l'y faire entrer malgré lui, contre sa propre volonté ? Sur ce point, les avis sont partagés.

A notre avis, il faudrait distinguer plusieurs circonstances.

Lorsque le malade est encore en possession de ses facultés mentales, on ne doit le faire entrer dans un asile que sur un vœu formellement exprimé par lui en toute connaissance de cause, et dans le désir expressément formulé d'essayer de se guérir. Nul doute qu'on ait le droit, en ces circonstances, d'essayer les moyens de persuasion. Mais, si le malade se refuse à entrer dans l'asile, on n'a aucunement le droit d'employer la contrainte qui serait, en ce cas, attentatoire à la liberté individuelle. Dans les états avancés de l'intoxication, lorsque les facultés mentales sont affaiblies, que le sujet ne jouit plus de la plénitude de sa responsabilité, les circonstances sont différentes, et la famille pourra intervenir et déterminer le placement volontaire, qui laisse toujours le malade à la discrétion entière des siens et permet de le traiter dans de bonnes conditions.

Toutes les précautions étant prises pour surveiller convenablement le malade, quelle méthode de traitement convient-il de lui appliquer pour réussir plus sûrement ? Faut-il toujours recourir à la suppression brusque, toujours à la diminution lente et progressive, ou adopter de préférence les méthodes de substitution ?

La plupart de celles-ci ont généralement pour résultat d'ajouter une nouvelle habitude pathologique à celle qui existait déjà ; elles doivent donc être rejetées. Deux d'entre elles méritent cependant quelque considération. Ce sont : la méthode de Mattison, fondée sur l'emploi progressif de hautes doses de bromure, et celle du docteur Jennings, basée sur l'action antidépressive du sulfate de spartéine et de la nitroglycérine.

La méthode de suppression brusque réussit dans deux ordres de circonstances très différen-

tes : 1° Lorsque le malade use depuis peu de temps de la morphine et ne prend que de faibles doses ; 2° dans les cas d'intoxication ancienne lorsque les autres procédés de traitement ont échoué.

Dans les cas de morphinomanie d'origine récente et quand les doses journalières ne dépassent pas 0 gr. 05, la suppression brusque donne de bons résultats, sans entraîner, en général, des signes par trop violents d'abstinence. Tout se borne à de l'agitation, des vomissements, de la diarrhée, et un peu de prostration vers le quatrième ou cinquième jour. Le malade doit cependant être attentivement suivi, car, dans quelques cas, le collapsus survient assez prononcé, assez persistant, pour qu'on soit obligé de renoncer à la suppression totale, et contraint de faire une piqûre, puis de diminuer progressivement les doses.

Lorsque l'habitude est invétérée, que toutes les tentatives de traitement progressif ont échoué, la suppression brusque peut encore donner de bons résultats. Plus que jamais alors, la surveillance continuelle du médecin est indispensable, car le collapsus est probable. Lorsqu'il se manifeste, il est presque toujours grave et nécessite un traitement énergique appliqué sans retard. Il faut convenir d'ailleurs que, même lorsqu'il y a succès, le résultat n'est pas durable et que, dans presque tous les cas, le malade revient plus ou moins rapidement à ses anciens errements.

Pour les cas moyens, la méthode progressive rapide d'Erlenmeyer et la médication physiologique de Jennings semblent donner les meilleurs résultats. Quelques malades se sont bien trouvés également de l'emploi à l'intérieur de l'extrait d'opium ou de la codéine pendant qu'on diminuait les injections.

Mais, il est des morphinomanes inguérissables auxquels la morphine ne doit pas être retirée totalement, sous peine d'accidents graves et rapidement mortels. Pour ces derniers, la seule ressource qui reste est de réduire au minimum la dose indispensable, et de les surveiller attentivement pour ne pas la leur laisser dépasser.

Ce qui fait la difficulté du traitement de la morphinomanie, ce qui rend la véritable guérison si rare et si instable, ce n'est pas l'ancienneté de l'intoxication, dont le rôle est secondaire, mais le terrain de dégénérescence sur lequel évolue la maladie. Malheureusement, on ne peut modifier ce fonds constitutionnel, détruire, chez ces malades, l'état mental particulier qui les pousse à la recherche et à l'usage habituel des excitants du système nerveux, et les prédispose toujours à la récidive. Il faudra donc d'autant moins compter sur les chances de guérison définitive que cet état mental sera plus marqué, et qu'il se traduira par des récidives fréquentes, la substitution ou l'adjonction d'habitudes de cocaïne, d'alcool, d'éther ou de chloral.

L'Antiseptol (Iodosulfate de Cinchonine) succédané de l'Iodoforme.

On doit à M. Yvon la connaissance d'un nouvel antiseptique.

Lorsque l'on verse dans une solution aqueuse d'un sel d'alcaloïde de l'iodure de potassium ioduré, on obtient un volumineux précipité constitué par une combinaison d'iode et d'alcaloïde.

Bouchardat, qui a découvert et étudié ces combinaisons en 1845, les a désignées sous le nom de iodures d'iodhydrates d'alcaloïdes. On sait aujourd'hui, d'après les travaux d'Herapath, que ces combinaisons renferment de l'acide sulfurique et on les désigne sous le nom d'*Iodo-sulfates*.

Toutes ces combinaisons, quel que soit l'alcaloïde employé, renferment une forte proportion d'iode. M. Yvon a fait choix de l'*iodosulfate de Cinchonine* à cause du bas prix de cet alcaloïde.

Au point de vue chimique, l'iodosulfate de Cinchonine a été étudié dès 1826 par le Dr Jorgensen, de Copenhague. Ce savant a décrit trois combinaisons de l'iode avec le sulfate de Cinchonine.

FEUILLETON

Aux jeunes médecins qui débutent.

On n'aime guère les sermonneurs, je le sais. C'est connu, au moins depuis Cassandre, en passant par les parlements, qui prodiguèrent toujours avec insuccès leurs remontrances aux rois. Aussi, n'est-ce pas un prédicant morose qui vient faire ici des recommandations aussi inutiles que soporifiques. — Son but, beaucoup plus modeste, est de signaler à nos cadets quelques-unes des épines, qu'ils rencontreront sur leur route, afin qu'ils n'y laissent pas des lambeaux de leur cœur et ce qu'ils possèdent encore d'illusions.

C'est peut-être un excès d'orgueil et de bravoure, qu'on me pardonnera, en faveur de l'intention.

Notre profession comporte des déboires, comme les autres, plus que les autres peut-être ; mais on peut éviter bien des déceptions, en connaissant un peu mieux les embûches et les passages difficiles à traverser.

....

I

Tout d'abord, il importe de n'avoir d'adversaires avérés nulle part ; c'est déjà bien assez des ennemis inconnus, qui par jalousie, envie, amour-propre froissé, ne perdent aucune occasion de nous nuire et sèment dans l'ombre, sur notre route, les graviers invisibles qui nous font trébucher.

Les petites gens, véritables argousins tout prêts à vous dénoncer au cancan public, sont en particulier très susceptibles et demandent encore plus de ménagements que les personnes d'une certaine éducation.

C'est un noyau promptement hostile, qui ne tardera pas à grossir, pour peu que vous lui donniez prise. Il est de la dernière importance que votre concierge, ce tyran domestique salarié, ne soit pas au nombre des recrues et ne fasse pas chorus. Pour ne pas vous l'aliéner, essuyez vos pieds, en rentrant, et graissez-lui la patte le plus souvent possible.

Dans un article intitulé : *Ceux qui médisent des médecins*, le Dr Combes en a signalé, jadis, diverses catégories, dont voici, avec quelques variantes, les principaux spécimens.

Ce sont :

1° Les dames dont le médecin expertise l'âge avec une justesse indiscrète.

Ces combinaisons sont parfaitement définies et cristallisent.

Pour l'usage thérapeutique, la préparation de l'iodosulfate de Cinchonine est des plus simples.

On dissout le sulfate de Cinchonine dans l'eau (25 gr. de sel pour 2,000 gr. d'eau) et on le précipite par une solution d'iodure de potassium ioduré ou réactif de Bouchardat ainsi modifiée :

Iode..................	10 grammes.
Iodure de potassium..	10 grammes.
Eau..................	1000 grammes.

qu'il ne faut pas employer en excès ; la liqueur doit retenir encore un peu de sulfate de Cinchonine. Il se produit un volumineux précipité qu'on recueille sur un filtre et qu'on lave jusqu'à ce que l'eau qui s'écoule ne renferme plus d'iode, et on fait dessécher à air libre.

L'iodosulfate de Cinchonine, ainsi obtenu, est un produit défini (50 % d'iode) que l'on peut obtenir cristallisé ; mais pour l'usage médical on doit l'employer tel qu'on l'obtient par le procédé qui vient d'être indiqué ; il est en effet en poudre impalpable ; très léger, sa couleur est brun-kermès ; il est inodore, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et le chloroforme. Ce produit s'emploie aux lieu et place de l'iodoforme, et dans les essais thérapeutiques qui ont été faits jusqu'ici il s'est montré tout aussi efficace que ce dernier.

Enfin, et ce n'est pas un de ses moindres avantages, il peut être préparé facilement et par tous les pharmaciens.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Prophylaxie et premier traitement du choléra

Plusieurs de nos confrères du Midi nous ont demandé de résumer brièvement les mesures qu'il conviendrait de prendre, si des cas de choléra étaient signalés en deçà des Pyrénées et s'ils venaient à en constater un dans leur clientèle. Nous espérons bien que les mesures prises par l'inspecteur général des services sanitaires, notre maître, le professeur Proust, auront le succès attendu. On peut se fier aux postes de surveillance organisés par nos amis Charrin et Netter non seulement à Cerbère et à Hendaye, c'est-à-dire aux deux extrémités de la chaîne pyrénéenne, comme on l'avait dit, mais dans tous les points où passent des routes carrossables. On avait plaisanté ces précautions qui semblaient incomplètes, parce que, disait-on, il aurait fallu garder tous les cols et tous les chemins d'Espagne en France accessibles aux seuls piétons ; ceux qui ont fait cette remarque n'ont pas réfléchi que, vu la brièveté de l'incubation du choléra et le nombre d'heures nécessaires à un piéton pour atteindre par ces chemins le premier village français après avoir quitté le dernier village espagnol, tout individu parti d'Espagne avec le germe du choléra tomberait malade en route, sans pouvoir contaminer personne.

Bien plus efficace, d'ailleurs, nous a paru la mesure prise par le ministre de l'intérieur et par suite de laquelle tout voyageur arrivant d'Espagne est obligé de déclarer où il se rend, immédiatement signalé à l'autorité municipale à laquelle il doit se présenter à son arrivée, et visité pendant cinq jours consécutifs par un médecin que délègue à cet effet le maire ou le préfet de police. A Paris le préfet de police nous envoie très régulièrement l'indication des voyageurs arrivés d'Espagne et descendus dans notre quartier.

Il en est résulté pour chacun de nous, du moins dans les quartiers du centre, de fréquents dérangements non rétribués bien entendu, comme beaucoup de services publics demandés au corps médical. Mais enfin, la mesure est intelligente et nous y avons applaudi en l'exécutant de notre mieux. On cite un voyageur grincheux qui a d'abord refusé de recevoir le médecin délégué ; mais, quand on a connu la sévérité des peines qui pouvaient être *appliquées aux récalcitrants*, les arrivants d'Espagne ont été avec nous d'une cor-

---

2° Les neveux et nièces dont il fait durer l'oncle trop longtemps.

3° Les cocottes ou non cocottes, dont les fleurs blanches sont appelées par lui de leur vrai nom.

4° Les femmes de tout âge, contrariées par un retard de plusieurs mois, qu'il n'a pas voulu faire cesser.

5° Les mères dont il n'épouse pas les filles majeures.

6° Les maigres dont il n'a pas admiré la plastique.

7° L'opulente madame Putiphar, dont il a repoussé les avances.

8° Enfin tous les cacochymes chroniques, tous les êtres caducs et neutralisés, à qui il ne peut rendre vingt ans.

Cette liste pourrait être facilement allongée. Elle suffira pour donner aux indépendants un avant-goût des félicités de la terre promise.

Ah ! ils auront de la chance, s'ils ne sont pas victimes de ces langues déchaînées. Puissent-ils s'en consoler et élever leur âme au-dessus de la bassesse de certaines calomnies, en pensant avec M. de Falloux « que l'injure suit la loi des corps physiques et n'acquiert de gravité, qu'en proportion de la hauteur dont elle tombe ».

II

Ce deuxième paragraphe, encore plus important que celui qui précède, sera consacré à la femme. Il vise surtout les jeunes médecins, encore célibataires, qui s'installent dans un de ces bourgs, où il pousse de la salade dans les rues. L'endroit fût-il orné d'un sous-préfet et d'un receveur particulier, ce serait absolument la même chose. Dans les petites cités, comme dans les villages, on sait tout ce qui se passe chez le voisin ; on est au courant de ses moindres faits et gestes et les nouveaux venus ont surtout le don de surexciter la curiosité locale. — Il s'agit, par conséquent, de ne pas fournir prétexte aux potins, par des légèretés ou des inconséquences.

Il est dur, c'est possible, de renoncer à cueillir des camélias, pour un homme exubérant de sève, habitué des boudoirs érudits ; mais c'est indispensable.

Ah ! parbleu, vous trouvez des demoiselles de compagnie fort disposées à accepter le premier venu, les yeux fermés et les bras ouverts. — Madame Bovary elle-même vit encore et elle n'a pas cessé d'aimer son prochain.

Je ne parle pas, à dessein, de la complaisance

rection parfaite. J'en ai vu, pour ma part, qui profitaient avec empressement de la visite du médecin délégué pour lui soutirer une bonne consultation gratuite sur des maladies fort éloignées du choléra.

En dehors des mesures dont nous venons de parler, la meilleure méthode de prophylaxie consisterait à obtenir des populations l'observance des régles de l'hygiène générale, et dans le Midi notamment, à obtenir des municipalités qu'elles missent un terme à l'état de saleté qui régne trop souvent dans les plus belles villes comme dans les plus humbles villages. Toulon et Marseille, en 1890, ne sont guére mieux tenus, me dit-on, qu'en 1884 au point de vue de la *voirie*. Ceux de nos confrères qui pourraient obtenir de l'administration dans le pays où ils exercent qu'elle fît disparaître les tas d'immondices, les déjections accumulées au voisinage des habitations prendraient une excellente mesure prophylactique.

C'est surtout *l'eau* qu'on doit s'efforcer de préserver de toute souillure. On ne doit jamais jeter dans les cours d'eau, dans les étangs, ni dans les mares les déjections fécales. Il est démontré que le choléra ne se prend que par les voies digestives, surtout par l'eau de boisson ou les liquides qui en contiennent, le lait, le vin coupés par des commerçants peu scrupuleux, le cidre, etc. Le devoir du médecin est donc de prévenir tout le monde autour de lui du danger que présente, dès qu'un cas de choléra a été signalé dans le pays, l'eau soi-disant potable, quand elle n'a pas été bouillie ou filtrée.

Bien que notre confrère le Dr F. Roux déclare n'attacher aucune importance à la nature des *filtres* et considère les filtres trés simples comme suffisants, il nous paraît impossible de souscrire à cette maniére de voir ; les filtres ordinaires au sable, au charbon, et même au grès clarifient l'eau, mais ne sont pas une barrière pour les microbes, pas plus ceux du choléra que ceux de la fièvre typhoïde. On ne peut se fier à ce point de vue qu'aux filtres *de porcelaine* ; leur prix relativement élevé ne les mettant pas à la portée de la plupart des bourses, ce qu'il faut répéter, c'est la nécessité de *faire bouillir l'eau et le lait*. Il faut conseiller aussi, quand le choléra régne dans un pays, l'abstention des légumes et des fruits qui croissent à la surface du sol et ont pu recevoir avec l'eau d'arrosage les germes cholériques.

Les moindres troubles digestifs doivent être soignés et guéris le plus vite possible, parce qu'ils ont pour effet d'ouvrir la porte à l'infection. Je ne méprise pas, comme le confrère dont je citais le nom tout à l'heure, le conseil donné par les microbistes de *ne pas entraver l'acidité de l'estomac* par l'usage intempestif et excessif des eaux alcalines. Il est prouvé que le bacille-virgule est entravé dans son développement par un milieu acide ; quand on a voulu donner aux animaux le choléra expérimental, il a fallu alcaliniser fortement le contenu de l'estomac et paralyser les mouvements péristaltiques du tube digestif par de fortes doses d'opium. J'estime donc que la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique est une bonne défense pour l'organisme, et je conseillerais très volontiers l'ingestion après chaque repas d'un verre de limonade chlorhydrique (acide chlorhydrique pur, 4 gr. ; eau, 1000 gr.) Si on use d'eaux minérales de table, mieux vaut rechercher celles qui sont le moins alcalines.

Je crois aussi qu'il vaut mieux combattre les troubles digestifs, vulgaires, qui surviennent en temps de choléra, par les *antiseptiques* et les astringents que par les opiacés : le naphtol, (2 à 5 gr.) le salicylate de bismuth (4 à 10 gr.) le salicylate de naphtol (5 à 10 gr.) et le salol ou salicylate de phénol (4 à 12 gr.) me paraissent les médicaments les plus convenables à la condition de les donner à doses suffisantes et assez rapprochées.

Ce dernier médicament, le salol, a été préconisé par Lowenthal qui a montré expérimentalement l'impossibilité où se trouve le bacille virgule de se développer dans un milieu ressem-

---

des Martons en tablier blanc ; il faut sortir du collége pour s'abaisser jusqu'à de pareilles mésalliances.

— Eh bien ! dût votre sagesse être chèrement payée, il est de la dernière importance que vous restiez insensibles aux appels des unes et des autres.

La liberté de jambage, comme la mendicité, est interdite dans le département, ne l'oubliez pas.

Aux passionnés et aux impatients, dont le cœur (!) a l'horreur du vide et bat la générale avec une facilité exceptionnelle ; à tous ceux qui sont en appétit de féminine accointance et réclament ardemment l'amour ou la mort, je réponds : Ni l'un, ni l'autre.... le mariage ou la douche... il y a des établissements d'hydrothérapie dans la ville.

D'abord, pour ne pas succomber, évitez toutes les occasions de tenter et d'être tentés.. . si ce n'est pour le bon motif. — Pas de flirtage incandescent, c'est trop dangereux.

On a beau être sûr de soi, se retrancher derrière une sécurité dédaigneuse, avec le temps et l'abstinence, on s'enflamme peu à peu l'imagination, et c'est, par une évolution insensible, qu'on arrive à la catastrophe finale, c'est-à-dire à plonger une incisive coupable dans le fruit défendu. Nous savons, depuis La Fontaine,

Que tel est pris qui croyait prendre.

De grâce, dès que le danger deviendra menaçant, préparez votre fuite pour... Varennes.

Vous êtes condamnés, Messieurs, à être calmes comme la Méditerranée, à vivre comme de petits Saint-Antoine, compagnon à part, jusqu'au jour où une jeune fille naïve, tendre et bien élevée, consentira sans réticence d'âme à vous faire oublier les tromperies et les lettres sans orthographe des dames équivoques, qui ont exploité votre jeunesse.

Quant aux confréres mariés, ils n'ont plus aucune raison de s'afficher et ils se préparent des ennuis irrémédiables, s'ils se risquent dans des aventures extra-conjugales. Le plus simple, puisque la femme est encore notre meilleure réalité et notre éternel idéal, c'est encore d'aimer le mieux possible la sage, l'honnête et souvent la jolie mère de ses enfants. — C'est le plus doux moyen d'ajouter un être à son être, de vivre son existence en double !

blant à celui de l'intestin grêle (hâchis de pancréas peptonisé): si on le met en présence d'une certaine quantité de salol ; on sait que le salol, insoluble dans l'estomac, ne se dédouble en phénol et en acide salicylique que lorsqu'il arrive au contact du suc pancréatique. Il est bien certain que le bacille du choléra ne sort pas du tube digestif, notamment de l'intestin dans lequel il sécrète le poison cholérique dont l'absorption produit le syndrome cholérique. C'est donc à prévenir son développement dans l'intestin grêle que nos efforts doivent s'attacher.

J'ai cité dans un des précédents numéros du *Concours* l'acide lactique (4 à 16 gr. pour 800 gr. d'eau et 200 gr. de sirop de sucre) que M. Hayem propose comme prophylactique et même curatif du choléra ainsi que des diarrhées d'autre nature.

Dans le même ordre d'idées M. Gabriel Roux a communiqué à la *Société des sciences médicales de Lyon* une étude sur la culture du bacille de Koch qui, d'après lui, pourrait fort bien fournir des indications dans le traitement du choléra.

Le *touraillon, résidu de l'orge germé*, excellent milieu de culture pour certaines bactéries, est au contraire très défavorable à la culture de certaines autres. Il résulte des expériences faites par M. Roux, que, parmi ces dernières, il convient de ranger le bacille virgule du choléra. Des bouillons de touraillon à 5 et 10 % ensemencés avec de très grandes quantités de bouillon de culture très actif de bacille virgule, sont restés absolument stériles. Des échantillons de ces bouillons de touraillon, transportés dans du bouillon de bœuf, sont restés de même absolument stériles.

Il semble donc, ajoute M. Roux, que non seulement le bouillon, ou plutôt la décoction de touraillon à 5 et 10 % est un très mauvais milieu de culture pour le bacille du choléra, mais qu'il joue encore vis-à-vis de ce dernier le rôle d'un antiseptique.

On sait, du reste, combien est sensible vis-à-vis des différents antiseptiques le bacille virgule ; malgré cette sensibilité, il est difficile d'employer, comme moyen curateur, sans nuire au malade, en assez grande quantité, la substance nocive au microbe.

Une semblable préoccupation ne saurait arrêter le praticien en ce qui concerne le touraillon ; ce résidu de l'orge germé, d'un prix d'achat presque nul, est non seulement inoffensif pour l'homme, mais jouit encore de précieuses propriétés nutritives utilisées dans la fumure des terres ou dans l'engraissement des bestiaux.

M. Roux trouve donc possible de l'employer largement dans le traitement du choléra, surtout au début, soit en boissons, soit en lavements, soit même en bains.

Tout ce que nous savons à l'heure qu'il est sur la topographie du bacille virgule, dans le corps du cholérique, nous permet d'espérer que, s'il est possible de mettre en contact direct avec ce dernier un liquide capable d'entraver sa pullulation et sans aucune action nuisible pour l'homme, on retirera peut-être grand profit de cette manière de faire. Il n'y a, en tout cas, aucun danger à essayer.

Ce bouillon, à la dose de 5 à 10 0/0, n'est pas bon à boire, mais il n'est pas imbuvable ; d'ailleurs, on pourra peut-être diminuer le titre.

Quand un cas de choléra éclate, c'est-à-dire quand chez un individu qui n'a ni hernie, ni étranglement interne, ni intoxication par une cause connue, surviennent la diarrhée profuse et riziforme, les crampes, l'aphonie, le refroidissement cutané avec le facies et la peau que l'on sait, il faut prendre d'urgence les précautions suivantes :

1° Prévenir l'autorité administrative.

2° Isoler le suspect.

3° Désinfecter complètement ses *déjections*, c'est-à-dire les recueillir dans des bassins contenant une solution de sulfate de cuivre, de chlorure de zinc ou de phénol à 50 pour 1000 et les recouvrir absolument avec cette solution ; on pourra encore les projeter dans un brasier ardent.

III

Braquons maintenant notre objectif d'un autre côté, sur les honoraires qui sont si souvent une cause de dissentiment : — Fonssagrives a dit depuis longtemps qu'on ne paie rien avec autant de peine que son médecin. — On voit en effet des familles fort scrupuleuses se laisser aller avec la plus grande facilité, en cette matière, à des omissions inexplicables ; elles retardent le plus possible l'expression *matérielle* de leur reconnaissance. Or, comme le temps ne fait qu'affaiblir le sentiment du service rendu et de l'obligation morale de la rétribution, je ne saurais trop engager les débutants à ne jamais attendre plus de six mois pour réclamer leur note, et à ne pas laisser grossir outre mesure les dettes de leurs clients.

Sans faire part d'une coupable avidité, on peut se rappeler le prudent conseil qui suit : *Recipe dum dolet, nam sanus solvere nolet*, fais-toi payer pendant que le malade souffre, parce que, une fois guéri, il refusera de le faire. Le client qui paye son médecin, a-t-on dit depuis longtemps, n'est qu'exigeant ; celui qui ne le paye pas est un despote.

Evidemment, il n'y a pas de règle pour obtenir et fixer les honoraires ; pour le client comme pour le médecin, c'est une question de pudeur proportionnée à la position de chacun et à l'importance du service rendu. Mais la plupart des médecins pourront d'autant mieux faire apprécier leur intervention qu'il abuseront moins des relations du voisinage.

Le sympathique docteur Cadet de Gassicourt leur conseille de se présenter avec cette noble simplicité qui écarte l'idée du besoin et cette affabilité pleine de réserve qui appelle la confiance, sans permettre la familiarité ; de ne pas se prodiguer, d'être prêts à voler gratuitement au secours de l'indigent qui souffre, tout en ne cédant rien de leurs droits à l'avarice opulente et de préférer la perte de tout ce qui leur est dû à une honteuse transaction !

En somme, une profession qui raccourcit la vie, qui condamne à un travail incessant et conduit rarement à l'aisance, demande à être honorée et le public nous juge un peu d'après ce que nous lui demandons. — Il faut en tenir compte et se faire payer *convenablement* par ceux qui le peuvent, sans montrer trop de rapacité.

A ce point de vue, certains chirurgiens et quel-

On plongera les *linges* souillés dans l'eau qu'on maintiendra bouillante pendant un quart d'heure ; puis dans une solution de sublimé à 1 pour 1000.

On brûlera d'autorité les *vêtements*, si on ne dispose pas d'une étuve à vapeur sous pression du système Geneste-Herscher.

On ne laissera auprès du malade que les personnes strictement nécessaires, et on les préviendra de la nécessité de se laver les mains après chaque contact avec lui, dans la solution de Van Swieten (bichlorure de mercure 1 pour eau 1000) colorée en violet pour éviter toute méprise avec les boissons.

Les lavages du parquet, des boiseries seront faits avec cette solution.

Puis la chambre sera désinfectée, après la guérison ou la mort, avec les vapeurs d'acide sulfureux obtenues en faisant brûler 20 gr. de soufre par mètre cube après clôture hermétique des portes et fenêtres.

P. Le Gendre.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *Les accidents du chloroforme.* — II. *Du traitement de l'ophtalmie sympathique.* — III. *Du traitement des suppurations d'origine utérine.*— IV. *De l'examen de l'œil après un traumatisme.* — V. *De la contracture du biceps dans les arthrites du coude.*

I.— Les accidents du chloroforme.

Physiologistes et cliniciens se sont livrés pendant plus d'un mois — à l'Académie — à une discussion qui vient seulement de prendre fin sur les accidents dus au chloroforme : c'est un de nos éminents physiologistes, le Dr *Laborde*, qui a soulevé à nouveau la question en relatant ses expériences sur le mécanisme des accidents de la chloroformisation ; voici à quelles conclusions était arrivé cet habile expérimentateur :

1° Le chloroforme agit tout à fait au début par action purement réflexe et par inhibition. C'est là un effet initial, irritatif, identique à celui que détermine toute substance qui impressionne gravement les terminaisons nerveuses de la muqueuse nasale et respiratoire, telle que l'ammoniaque par exemple. Cette action se traduit par un acte réflexe qui est la syncope cardiaque. Les chirurgiens savent que cet arrêt est quelquefois irrémédiable.

2° L'administration du chloroforme poussée très loin détermine une intoxication de l'organisme qui se traduit par l'arrêt de la respiration.

3° Enfin, pendant la chloroformisation, il y a une période intermédiaire entre ces deux extrêmes, la période d'excitation cérébrale : elle se traduit par des phénomènes spasmodiques du côté de la glotte, du diaphragme et des muscles respiratoires en général. La respiration ne s'arrête pas dans ce cas : elle devient pénible, difficile ; le malade meurt par asphyxie.

4° Le malade, incomplètement endormi, peut encore succomber, lorsque le chirurgien, croyant l'anesthésie complète, commence l'opération : l'impression douloureuse déterminée par le bistouri amène l'arrêt du cœur comme dans la période initiale du chloroforme.

Ainsi, le mécanisme des accidents par le chloroforme peut être ramené à deux modes d'action : 1° action primitive, purement irritative et mécanique : il s'agit d'un reflexe d'arrêt portant sur la mécanique cardio-vasculaire ; 2° action consécutive à l'absorption toxique, essentiellement physiologique : la mort provient de l'action toxique qui frappe le centre bulbaire ; c'est la syncope respiratoire qui se produit la première et consécutivement la syncope cardiaque.

M. *François-Franck* rappelle les travaux qu'il a également faits sur ce sujet et dit que les accidents cardio-pulmonaires de l'irritation des premières voies respiratoires peuvent être graves

---

ques grands consultants ont fait beaucoup pour relever la profession. Ils ont habitué peu à peu le public à se montrer plus large, à mieux reconnaître les services des petits praticiens, qui accomplissent le plus souvent leur tâche avec énormément de zèle et d'attention.

IV

Je terminerai par une courte excursion sur le terrain toujours brûlant de la politique. — Je tiens essentiellement à ne froisser personne et n'ai d'autre désir que d'être utile.

Un certain nombre de médecins ont été nommés députés aux élections dernières ; un plus grand nombre ont brigué en vain les suffrages de leurs compatriotes. — Tous semblent éprouver un plaisir extrême à tâter le pouls de l'opinion, à hypnotiser les électeurs avec leur éloquence, en leur promettant de guérir l'anémie des finances et d'apaiser la fièvre des revendications !

J'ai assisté à diverses réunions, où, malgré leurs panacées, nos collègues faisaient piètre mine ; j'en connais d'autres, qui se sont aliénés à tout jamais leur circonscription par l'énergie de leurs médications, je veux dire de leurs programmes, qui ont tout perdu, au bout d'un certain temps, fortune, clientèle et tranquillité, ce qui prouve une fois de plus qu'un médecin n'a presque jamais rien à gagner, en se mêlant à la lutte farouche des partis, quelle que soit leur nuance et la couleur de leur drapeau.

On commence par des discours ; on finit par la violence, ou par l'iniquité, que l'opinion conseille et que la foule applaudit.

Si vous tenez à assurer le repos de vos vieux jours et le bien-être de ceux qui vous entourent, ne recherchez pas le commerce des médiocrités présomptueuses, des infatués en peine de popularité ou en soif d'évidence.

Efforcez-vous de planer au-dessus des passions et des compétitions ambiantes, au-dessus des aventures gouvernementales et des drames insurrectionnels !

Dr Grellety.

par eux-mêmes, indépendamment de toute lésion pulmonaire ou cardiaque ; la suffocation peut résulter de la combinaison du spasme du larynx et de celui des petites bronches et des vaisseaux pulmonaires. Le cœur, arrêté ou non, est frappé d'atonie avec dilatation parfois irréparable. Les accidents ne semblent pas aggravés par des lésions mitrales sans myocardite ou congestion pulmonaire, ni par l'insuffisance aortique légère. Ils le sont, au contraire, dans l'insuffisance tricuspidienne à cause des troubles de la circulation pulmonaire, surtout si le myocarde est malade. Dans l'insuffisance aortique ces accidents peuvent atteindre leur maximum de gravité : le cœur peut être arrêté d'une façon irrémédiable. Les accidents respiratoires spasmodiques produits par l'irritation des premières voies peuvent causer la mort chez les animaux dont le champ respiratoire est rétréci par des lésions pleuro-pulmonaires étendues. Comme moyen préventif, on peut utiliser l'insensibilisation de la muqueuse laryngée par la cocaïne.

M. *Verneuil* s'élève un peu contre la prétention des physiologistes de vouloir trancher ces questions complexes : pour lui les expériences de chloroformisation faites sur les animaux ne doivent être appliquées à l'homme qu'avec la plus grande réserve. En tout cas, si ces expériences permettent le plus souvent de prévenir les accidents du début, elles n'enseignent rien pour combattre les accidents initiaux, intercurrents ou tardifs quand ils sont survenus. Si les physiologistes conseillent la respiration artificielle, la trachéotomie, la faradisation, il y a longtemps qu'outre ces procédés les chirurgiens emploient l'inversion, la flagellation rythmique de l'épigastre, la traction de la langue, le curage du pharynx ou de la bouche encombrée de mucosités. Ainsi donc, d'après M. Verneuil, quelque intéressantes que soient les données expérimentales, elles n'apportent qu'une explication insuffisante des principaux accidents de la chloroformisation chez l'homme ; elles n'indiquent pas en tout cas le moyen de les éviter.

C'est aussi l'avis de M. *A. Guérin* : pour éviter le réflexe qui résulte de l'irritation produite par les vapeurs chloroformiques sur la muqueuse nasale, ce chirurgien a l'habitude de serrer le nez du malade, de manière à ce que l'inspiration du chloroforme ne se fasse plus que par la bouche. Il préfère cette méthode à l'application de la cocaïne dans les fosses nasales.

M. *Léon Labbé* insiste sur les moyens qu'il croit être les plus efficaces pour prévenir, et, s'il y a lieu, pour combattre ces redoutables accidents : il faut donner le chloroforme à doses infiniment petites, de la façon la plus continue possible, sans la moindre intermittence : cette manière de faire est absolument opposée à la méthode des intermittences et des doses massives. C'est avec des doses minimes d'anesthésique (15 à 20 gr. par heure au maximum) que la chloroformisation doit être continuée pendant tout le temps de sa durée. Un autre point capital, c'est de ne jamais prendre l'instrument avant l'anesthésie complète caractérisée, non seulement par la résolution musculaire et l'insensibilité de la peau, mais encore par le rétrécissement total de la pupille et la disparition complète du réflexe oculaire. Quant aux accidents que l'on observe à la période d'intoxication, on a les plus grandes chances de les éviter ainsi, puisqu'on n'accumule jamais dans le sang que des doses très faibles de l'agent anesthésique.

Quand des accidents surviennent, c'est à l'inversion du corps et à la respiration artificielle qu'il faut avoir recours.

M. Labbé a fort bien terminé la discussion en disant : « En présence des accidents terribles auxquels on peut assister, le zèle de tous, physiologistes et cliniciens, pour rechercher par une analyse minutieuse des phénomènes observés les conditions les plus favorables de l'administration des anesthésiques est louable au plus haut degré ; mais il faut proclamer bien haut que chez l'homme la mort pourra quelquefois survenir pendant l'anesthésie sans que personne ait le droit de mettre en jeu la responsabilité de l'opérateur. »

II. Du traitement de l'ophtalmie sympathique.

M. *Galezowski* a proposé une opération nouvelle pour les ophtalmies sympathiques : elle consiste à pratiquer sur l'œil atrophié et perdu le débridement circulaire du globe oculaire. Voici comme opère M. Galezowski : il incise d'abord la conjonctive et la capsule de Tenon dans les quatre points correspondant aux muscles droits de l'œil ; il incise ensuite la capsule de Tenon à l'angle interne de l'œil, puis il saisit avec le crochet à strabisme le muscle droit interne qu'il attire le plus possible en avant. A ce moment il introduit les ciseaux courbes et coupe tout ce qui se rencontre entre le globe oculaire et la capsule de Tenon. A l'aide d'un autre crochet, il accroche le nerf optique et le coupe en l'attirant en avant. Il excise tout le tissu qui est en arrière du globe oculaire, en saisissant préalablement et en les attirant en haut les muscles droit externe, supérieur, inférieur. L'œil est ensuite nettoyé et lavé avec les solutions antiseptiques ; puis on fait une suture sur l'angle interne et une autre sur l'angle externe de la conjonctive.

M. Boucheron considère ce procédé comme une modification du procédé qu'il a décrit en 1876 et qui consiste dans la section des nerfs optique et ciliaire et des artères ciliaires, avec des ciseaux courbes glissés derrière l'hémisphère postérieur de l'œil par une boutonnière pratiquée dans la conjonctive et la capsule de Tenon (avec ou sans ténotomie d'un muscle droit). L'hémisphère postérieur est ensuite retourné en avant, pour faciliter la section de toutes les parties adhérentes encore au pôle postérieur.

III. Traitement des suppurations d'origine utérine.

M. *Péan* a fait une importante communication sur ce sujet à l'Académie de médecine (1) : lorsque la suppuration est limitée à l'utérus (corps ou col), les moyens les plus simples peuvent donner de bons résultats : ils consistent à modifier la muqueuse par des antiseptiques, des topiques astringents ou légèrement caustiques, tels que la créosote, la teinture d'iode, les solutions de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, la pâte de Canquoin. Lorsque ces divers moyens ont échoué, il est bon d'essayer la dilatation progressive ou le curettage de l'utérus.

Lorsque la suppuration s'est propagée de l'utérus aux trompes et aux ovaires et que ces organes semblent être le siège d'une collection bien enkystée, on pratique avec avantage la castration

(1) *Journ. de méd. et chir. pratiques*, juillet 1890.

tubo-ovarienne abdominale, à la condition que la tumeur soit petite, sans adhérence sérieuse avec les viscères ou le péritoine pelvien.

Dans les cas où la suppuration tubaire est unilatérale, située dans le voisinage immédiat de l'utérus, M. Péan conseille de dévier le vagin de ce côté, de décoller le péritoine de la face antérieure de l'utérus et d'inciser largement le foyer suppuré sans ouvrir la cavité péritonéale. On a soin de fixer au niveau du vagin, par des fils métalliques, un drain qui facilite l'écoulement du pus et les lavages de la poche purulente. Mais, lorsque la suppuration est étendue à plusieurs organes pelviens, qu'il existe des foyers multiples, vastes, adhérents aux viscères voisins, il est de toute nécessité de recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale totale, d'après le procédé opératoire qu'a indiqué M. Péan. Cette méthode offrirait en effet plus d'avantages que la castration tubo-ovarienne abdominale : elle donnerait plus de sécurité au point de vue de l'antisepsie et des suites opératoires. Elle met à l'abri des récidives, l'utérus étant supprimé dans sa totalité ; de plus, elle supprime naturellement les inconvénients de la laparotomie: cicatrice simple ou chéloïdienne, port de bandage, éventrations, hernies. La plaie cachée au fond du vagin est invisible, solide, résistante.

D'après M. Péan, la castration utérine vaginale doit être considérée comme la méthode de choix de l'avenir.

IV. Examen de l'œil après un traumatisme (1).

Le professeur *Panas* passe en revue les nombreuses lésions que peut présenter un œil soumis à un traumatisme quelconque et qui en rendent l'examen souvent fort difficile.

Tout d'abord, après un coup sur l'œil, on peut observer la dilatation de la pupille avec état paralytique, c'est l'ophthalmoplégie interne d'origine traumatique. Le malade reste alors ébloui, privé d'accommodation : cet état peut persister un assez long temps. En outre, un coup sur l'œil, même sans pénétration, peut déterminer une iritis qui s'accompagne de changement de coloration, de synéchie, d'exsudat, etc.

Le traumatisme produit aussi parfois le décollement de l'iris, son arrachement à sa grande circonférence (iridodialyse) : toutes les fois que cette lésion existe, il y a épanchement de sang dans la chambre antérieure.

Les lésions du cristallin, après le traumatisme, ont une grande importance parce qu'elles peuvent ne se montrer que longtemps après l'accident. Tout d'abord cet organe est souvent atteint sans que l'iris ait été lésé. Cette blessure aboutit très rapidement à la production d'une cataracte : on voit alors la matière cristallinienne former à travers la capsule une sorte de champignon. Il peut arriver alors que les parties qui sont restées dans la capsule restent transparentes et que celles qui font saillie se résorbent peu à peu. Dans d'autres cas, la cataracte, au lieu d'envahir tout le cristallin, peut rester partielle. Quant aux accidents tardifs de cataracte, ils sont ordinairement dus à la présence dans l'humeur aqueuse de la substance du cristallin.

Les accidents les plus graves qui surviennent après les traumatismes de l'œil sont presque toujours dus à l'augmentation de la tension intra-oculaire, à un véritable glaucome. Aussi en présence d'un traumatisme de l'œil, ne doit-on appliquer l'atropine que si le tonus oculaire est normal ; s'il est exagéré, il faut employer les myotiques, tels que l'ésérine et la pilocarpine ; si les accidents continuent avec hypertension de l'œil, on pratique des ponctions répétées en continuant l'usage des myotiques qui agissent alors plus efficacement ; enfin, on ne procède à l'extraction que si tous les autres moyens ont échoué. Dans le plus grand nombre des cas, ces premiers moyens associés aux antiphlogistiques, sangsues, ventouses, mercuriaux, à l'intérieur et en pommade, glace, atténuent très rapidement les accidents : l'œil se modifie assez pour que l'intervention opératoire ne soit indiquée que beaucoup plus tard, lorsque tous les phénomènes aigus ont disparu. Dans certains cas même, après plusieurs mois, le cristallin peut s'éclaircir alors qu'au début une pareille terminaison eût paru impossible.

(1) *Bulletin méd.*, 8 juillet 1890.

V. De la contracture du biceps dans les arthrites du coude (1).

M. *Terrillon* rappelle l'attention des chirurgiens sur cette variété de contracture qui présente les caractères suivants : l'avant-bras est fléchi sur le bras dans l'attitude ordinaire de la demi-flexion, mais à un degré variable suivant les cas. Lorsqu'on essaie de mettre le membre dans l'extension, on voit que celle-ci est limitée par une résistance élastique, extensible dans une certaine mesure, mais insurmontable. Pendant qu'on s'efforce de produire l'extension, on voit se dessiner en avant de la région du bras et au niveau du pli du coude, une corde saillante qui n'est autre que le tendon du biceps. Si ce mouvement est exagéré, il augmente la rigidité de cette corde et le plus souvent provoque une vive douleur.

Toutes les arthrites du coude peuvent produire cette contracture qui survient dès les premiers jours dans les arthrites traumatiques légères, qui est fréquente dans les arthrites traumatiques graves comme celles qui suivent les luxations du coude et qu'on observe enfin dans toutes les variétés de rhumatisme, le plus léger comme le plus intense.

M. Terrillon décrit trois variétés de cette contracture: dans un premier groupe de faits la contracture avec attitude fléchie de l'avant-bras peut précéder de trois ou quatre jours l'apparition des signes ordinaires de l'arthrite ; dans une seconde variété, la contracture existe avec d'autres signes de la lésion articulaire et peut devenir une cause d'erreur pour le diagnostic en masquant la lésion articulaire. Enfin, dans une troisième variété, il s'agit de la contracture vulgaire qui accompagne toutes les arthrites du coude en pleine évolution et avec tous ses autres caractères ; c'est une contracture ordinaire variant d'intensité suivant les variétés d'arthrites et qui peut être accentuée jusqu'à maintenir le coude dans la flexion complète. Cette contracture peut se prolonger après la disparition des phénomènes inflammatoires et devenir un obstacle à l'extension : combinée avec les adhérences phériphériques plus ou moins résistantes, elle constitue un des facteurs les plus importants de la *fausse ankylose du coude*.

(1) *Progrès médical*, 14 juin 1890.

Cette contracture du biceps est un phénomène d'origine réflexe : l'irritation, point de départ du réflexe, existe au niveau des nerfs qui se terminent dans la capsule articulaire. Quelque faible que soit cette irritation, elle provoque aussitôt une contracture des muscles qui font mouvoir l'articulation.

En raison du pronostic sérieux que comporte cette contracture, le traitement est important à instituer pour lutter contre les deux facteurs, contractures musculaires et adhérences fibreuses qui, ensemble ou séparément, entretiennent la raideur du coude, c'est aux moyens mécaniques qu'il faut avoir recours. Tantôt ces moyens consistent simplement en des mouvements provoqués par le malade lui-même ; tantôt ce seront des manœuvres plus violentes faites par une personne étrangère, ou au moyen du massage ou l'électricité ; enfin on aura recours à des procédés énergiques comme la traction élastique.

Dans deux cas où la contracture avait fait place à la rétraction réelle des muscles, M. Terrillon a pratiqué la section sous-cutanée du tendon du biceps, section qui a permis le redressement complet et la guérison définitive.

M. *Richelot* vient de poser en termes assez précis la question du traitement des fibromes par l'électricité et par les moyens chirurgicaux : nous rendrons compte ultérieurement de la discussion qui va se produire à la Société de chirurgie sur ce sujet si intéressant au point de vue de la thérapeutique chirurgicale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

Constatation des décès en France.

Nous reproduisons quelques-unes des lettres reçues ; ces lettres touchent aux divers aspects de la question. Elles prouvent que la constatation est nécessaire et indiquent les difficultés à vaincre.

Dieulefit (Drôme), 30 juin 90.

Mon cher confrère,

On ne constate pas les décès dans la Drôme, j'ajouterai que l'on ne constate même pas les décès par mort violente telles que suicides par armes à feu, suspension, submersion. Le juge de paix prétend qu'on ne doit vérifier les décès que lorsqu'il y a soupçon de crime ! Qui donc établira qu'il y a soupçon de crime ? Je parle seulement du canton de Dieulefit où j'habite depuis 38 ans et où beaucoup de crimes seraient passés inaperçus si je n'avais pas vérifié les décès.

Quand la famille me fait appeler pour la vérification d'un décès, je demande le double d'une visite ordinaire.

Je serais partisan de la vérification des décès que je crois très utile, sinon indispensable.

J'accepte de remplir les deux formules conformes à la formule publiée par le *Concours médical* n° 25, 1890.

Agréez, etc.

Dr Benoit.

II

Monsieur le Directeur,

Dans le canton de Gournay-en-Bray, arrondissement de Neufchatel (Seine-Inférieure), la constatation des décès se pratique dans un grand nombre de villages, mais elle n'est pas obligatoire dans la force du terme, c'est-à-dire exigée par la préfecture, puisque à Gournay même, on ne demande pas à la mairie de certificat du médecin pour délivrer le permis d'inhumer.

Dans les villages où la mairie demande ce certificat de décès, ce sont MM. les maires qui ont conservé cet usage pour couvrir leur responsabilité.

C'est la famille qui, dans ce cas, est forcée de payer la constatation, dont le prix est généralement un peu plus élevé que celui de la simple visite.

Pour mon compte j'ai toujours déploré la non-constatation des décès par le médecin et je désire vivement, dans l'intérêt de la Société, voir le certificat de décès du médecin rendu obligatoire pour obtenir le permis d'inhumer.

J'accepterais donc, sans hésiter, de remplir les deux formules de constatation du décès, et de déclaration de la nature de la dernière maladie.

Veuillez agréer, etc.

Dr Sulot.

III

Mon cher confrère,

Excepté dans la ville de *Châteauroux*, où il y a constatation des *décès* et des *naissances*, on ne constate rien dans le département.

Les médecins de Châteauroux font, chacun à leur tour, pendant un mois, la constatation des décès et des naissances, et ce service est rétribué par la ville.

— Au nom de l'humanité, la constatation des décès et des naissances est utile, indispensable dans les villes comme dans les campagnes. Que de crimes seraient dévoilés et par la suite seraient empêchés ? J'en sais quelque chose !

J'accepterai les formules proposées, la loi sur le secret médical doit être modifiée et doit donner le droit au médecin qui constate le décès de dire la vérité sur la maladie. Dans ce cas le médecin devrait être assermenté et agirait comme médecin légiste. De cette façon on éviterait tous les procès intentés au nom du *secret médical*.

La constatation des décès devrait être imposée à tous les départements et si les conseils généraux se refusent à voter la somme nécessaire, le ministre devrait l'inscrire d'office au budget départemental.

La loi Roussel de décembre 1874 n'est pas exécutée dans tous les départements. Elle est lettre morte dans le département de l'Indre parce que le conseil général a refusé à toutes les sessions de voter la somme nécessaire pour donner une très légère indemnité aux médecins inspecteurs. Que signifie ce refus de la part du conseil général ? Il y a donc deux poids et deux mesures en France, ou la loi est faite pour être violée ?

Je ne reconnais pas ce droit à un conseil général. La loi Roussel existe dans un but humanitaire, on doit l'exécuter.

Agréez, etc.

Dr Augé.

IV

Normant, le 1er juillet 90.

Mon cher confrère,

Je me fais un véritable plaisir de répondre aux questions que vous nous posez dans le dernier numéro de votre si intéressant journal.

1° Dans le département de Seine-et-Marne on constate tous les décès.

2° Cette constatation est obligatoire et aucune inhumation n'est faite sans que le certificat de décès n'ait été, au préalable, déposé à la mairie.

3° La rétribution est payée par la famille, 2 fr. environ par certificat. Si la famille du décédé est indigente, le médecin en est pour ses frais, comme du reste toutes les fois qu'il soigne un indigent, l'assistance n'étant pas organisée dans le département.

Il nous serait facile, je crois, de compter une visite en plus du certificat, si nous voulions constater le décès ; mais le plus souvent, lorsque nous avons visité le mort la veille ou l'avant-veille, nous délivrons le certificat sans avoir constaté l'état du cadavre, à moins de doute

C'est, je crois, un tort, mais il est souvent bien ennuyeux d'aller s'assurer *si on l'a bien tué*, comme disent les mauvaises langues. Ne riez pas, le propos m'a été tenu, ce qui a bien refroidi mon zèle !

Il m'arrive souvent qu'on me demande un certificat pour une personne à laquelle je n'ai donné aucun soin ou qui est morte *de vieillesse.* Dans ce cas je constate toujours le décès et fais payer la visite en plus du certificat.

5° Il est bien évident que des statistiques basées sur des certificats délivrés jusqu'ici par nous sont on ne peut plus erronées, car nous ne pouvons souvent écrire devant les parents le nom de la maladie, ou nous ne voulons pas nous exposer à une action en dommages-intérêts.

La délivrance d'un certificat au domicile du mort et l'envoi direct du second à la préfecture me paraît infiniment préférable ; il arriverait immédiatement, tandis que ce n'est que tous les 3 mois qu'on les adresse au préfet, *et le plus souvent* ils ne sont dépouillés qu'à la fin de l'année par le médecin chargé de la statistique.

De plus, un simple mot ne dit pas grand'chose, tandis qu'on pourrait faire du 2° un certificat scientifique ; mais il faudrait alors être rémunérés un peu plus sérieusement et qu'un arrêté préfectoral taxât les certificats à 5 fr. qui seraient payés par la mairie, sauf recours par elle contre la famille.

Veuillez agréer, etc.

E. Limouzin-Lamothe.

V

Grancey-sur-Aube (Côte-d'Or), 8 juillet 1890.

Monsieur le Directeur,

Je réponds à votre questionnaire :

1° Dans la Côte-d'Or, les décès ne sont guère constatés que dans les chefs-lieux d'arrondissement et les villes d'une certaine importance. Je puis toutefois vous citer un petit village de l'arrondissement de Châtillon, Ailey-sur-Seine, où le maire, un ancien avocat de Paris, exigeait le certificat du médecin pour permettre l'inhumation. Mais en général, dans la Côte-d'Or, comme dans l'Aube, car j'exerce dans les deux départements, le service ne se fait pas.

2° La constatation dans les chefs-lieux d'arrondissement est obligatoire. A Châtillon-sur-Seine, tous les médecins de la ville en sont chargés, ils sont payés comme pour la constatation des naissances et prévenus par la mairie dès que les déclarations légales ont été faites. L'une et l'autre visite sont payées un franc ; les certificats sont imprimés, il n'y a qu'à les remplir.

3° J'ai été appelé pour des cas de mort subite dans les communes voisines, par les maires. Je fais alors payer le voyage comme à l'habitude à raison de 1 franc par kilomètre, plus le certificat, 3 ou 5 francs, selon la position de fortune. Dans ces conditions les maires sont engagés et si la famille ne pouvait ou ne voulait payer le médecin, ce serait la commune qui règlerait. Chaque fois que j'ai été appelé dans ces conditions, tout s'est d'ailleurs très bien passé. A Grancey, dans la commune que j'habite, je prends 5 ou 7 francs pour la visite et le certificat, selon la situation de fortune également ; la visite et le certificat n'étant point choses à séparer l'une de l'autre, et ne constituant pour ainsi dire qu'une seule et même opération, le certificat étant rempli immédiatement dans la maison mortuaire même où tous les renseignements nous sont donnés par la famille relativement à l'état civil du décédé.

4° et 5°. La question de constatation des décès a une importance considérable ; prévue par la loi, on ne comprend pas même qu'elle ne soit pas exigée dans le dernier des hameaux.

Au point de vue professionnel, chaque commune allouant au médecin une certaine somme portée au budget de chaque année, il y a là un traitement fixe qui n'est point à négliger. Pour ma part, j'accepterais volontiers les deux formules que le *Concours médical* a publiées.

Agréez, etc.

Dr Armedey.

VI

Monsieur le directeur

Il y a une quinzaine d'années un ordre avait été donné à tous les maires des communes de nos villes et villages de faire constater les décès avec certificat à l'appui, mais cela n'a pas duré longtemps — à peine en ai-je constaté 8 ou 10. — Lorsque j'ai réclamé mes honoraires, 2 fr. dans Colomby, et 1 voyage seulement à raison de 1 franc par kilomètre pour les villages voisins, les gens se sont fâchés, et m'ont répondu : « M. le Dr, adressez-vous au maire qui réclame votre visite. » Le maire m'a dit : « Adressez-vous aux parents ou aux héritiers du défunt, cela ne me regarde pas », et huit jours après on ne parlait plus de constatations de décès.

Donc dans notre pays :

1° On ne constate plus de décès.

2° Cette constatation n'est pas obligatoire.

A l'article 4 vous me demandez si je serais disposé à voir s'établir cette habitude.

Je vous répondrai oui — mais je vous demanderai cependant quel est le médecin qui sera chargé de cette fonction ? Dans une dernière lettre je vous ai dit ce que je pensais du service des indigents, de la vaccine, des enfants assistés, etc. Je désire la liberté pour le pauvre de choisir un médecin et je crois que cela est juste.

Agréez, etc.

Dr Lebert.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

De l'exercice illégal de la médecine.

Le Dr A. Riant, secrétaire général, à la dernière Assemblée générale de l'Association des médecins de France, a fait un rapport très intéressant et bourré de faits sur la situation et les actes des Sociétés locales pendant l'année 18.9.

Dans le chapitre consacré à l'exercice illégal il constate (et nous sommes entièrement de son avis) que cette question n'a pas perdu de son actualité.

« Le charlatan, dit-il, contraint de quitter les régions où il est traité comme on traite un malfaisant, s'abat sur les pays — la France en est un — où il est sûr de trouver la tolérance de la loi et la mansuétude de la justice. »

Nous ne sommes pourtant pas aussi désarmés qu'on se le figure généralement et il y a des dispositions d'ordre légal ou administratif qu'il est du devoir des sociétés locales et des syndicats de rappeler à l'administration.

Je rappelle ce charlatan guérisseur de tous les maux, un duc de Busignano, Comte de Bruc, de la Faculté de Gênes, qui s'est vu retirer le droit d'exercer grâce à l'initiative du syndicat d'Aisne-et-Vesle, soutenu par le bureau de l'Union des Syndicats.

Je veux encore citer le retrait d'exercer obtenu contre le Dr Bribosia, de Namur, grâce au pourvoi devant le ministre de l'instruction publique de notre distingué confrère de Ham, le Dr Surmay. A Saint-Etienne, en 1888, il vint s'installer un Indien, ou soi-disant tel, oculiste de profession et de *naissance*. Guérisons innombrables, certificats dans les journaux, rien ne manquait au succès de

cet empirique. Quelques médecins demandèrent à l'administration de vouloir bien s'enquérir des qualités du guérisseur. — Elle le fit et Ali-Bughira, n'ayant pas le droit d'exercer, fut condamné à quelques francs d'amende.

La Société locale ne trouva pas la peine assez forte ; son intervention avait été insuffisante pour convaincre les juges, mais elle convainquit certains clients qui avaient versé une provision, exigée avant la cure, et à leur requête est prononcée une condamnation à 16 fr. d'amende et à 1 mois de prison pour escroquerie.

Il y a donc encore succès, mais indirect pour la société locale !

Dans l'Aveyron, c'est une lutte sans trêve contre le charlatanisme et, avouons-le, sans beaucoup de succès. Je choisis un seul exemple, les autres faits sont identiques. Un charlatan vendait une liqueur hygiénique, *vraie fontaine de Jouvence* pour les femmes avec ces mots sur le prospectus : « Venez à moi, vous toutes qui souffrez, et je vous guérirai. »

Il avait toutes sortes d'attestations et de certificats de maires, mais, ce qu'il y a de mieux, c'est que, pourvu d'un diplôme délivré moyennant finances par une agence interlope, il avait été appelé par une commune qui lui allouait 1200 fr. par an de traitement fixe !

Le président de la Société fit diriger des poursuites contre l'individu. — Résultat bien médiocre et fait pour encourager cette belle industrie : 4 amendes de 5 fr. et une de 50 fr.

Cela lui servira de réclame !

Et on ne trouve pas cela monstrueux !

En attendant le vote de la proposition de loi Chevandier, sur l'organisation de la médecine en France, et nous tous médecins nous devons agir sur les députés que nous connaissons pour qu'enfin cette loi soit mise à l'ordre du jour, nous devons au moins demander l'application exacte de la législation existante.

Il faut avouer que la question est bien mûre et que sans parler de son apparition dans les autres régimes, dès 1872, le 28 Juin, l'Assemblée nationale accepta les conclusions d'un rapport de M. de Salvandy fait au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi Chevandier tendant à nommer une commission de 15 membres pour étudier la revision générale de la législation de l'an XI.

Dernièrement, dans l'Aisne et pas loin de Reims, un étudiant en médecine n'ayant passé ni son 5e examen, ni sa thése a acheté une clientèle, s'est installé, a exercé près d'un an pour se faire ensuite condamner à 200 fr. d'amende pour exercice illégal. — Après avoir fait de nombreuses dupes, ayant fini tout de même par passer ses examens, il a été obligé de partir, laissant son mobilier à peine suffisant pour payer le percepteur qui l'avait fait saisir et vendre sur la place publique. — Si la loi de Ventôse an XI était observée : 1° tout praticien serait tenu de présenter dans le délai d'un mois après la fixation de son domicile, son diplôme au greffe du tribunal et à la sous-préfecture ; 2° Le procureur du tribunal dresserait la liste et l'enverrait au mois d'août au ministre de la justice ; 3° Le sous-préfet dresserait au mois de décembre la liste des médecins ; le préfet centraliserait celles des divers arrondissements et les enverrait au ministère de l'intérieur.

A la dernière séance du Conseil général de l'Aisne un Conseiller a émis le vœu, adopté du reste, que les prescriptions si sages de la loi susnommée soient suivies.

La Société de la Loire et de la Haute-Loire a adopté la motion que les « autorités administratives et judiciaires soient plus sévères pour exiger l'application des articles de loi relatifs à l'enregistrement du diplôme ».

J'engage toutes les Sociétés à émettre le vœu que non seulement l'enregistrement des diplômes se fasse conformément à la loi, mais encore que dans chaque commune la liste soit affichée au mois de janvier. Cette liste serait publiée dans le Bulletin de la Préfecture, et tous les mois le bulletin enregistrerait le mouvement : décès, départ, arrivée des médecins diplômés.

Pour la péripneumonie des bêtes à corne, pour d'autres maladies contagieuses des animaux, la déclaration à l'administration est obligatoire.

Pour nous autres humains, pareille chose n'existe pas.

Tous les ans la liste des vétérinaires est affichée dans toutes les communes, pourquoi celle des médecins ne le serait-elle pas ?

Je demande, tant au point de vue de l'hygiène que de la santé publique, que nous autres humains, médecins et clients, nous soyons traités comme les animaux et les vétérinaires !

Dr H. LÉCUYER.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Congrès de Berlin. La participation des médecins français s'impose. Une lettre du professeur Le Fort au Directeur du *Matin*. — Le *Matin* soulève la question de la participation des médecins français au congrès de Berlin, participation que quelques-uns d'entre eux regardent comme un manque de patriotisme.

Il y a quelques semaines, Helmoltz honorait de sa présence les fêtes universitaires de Montpellier ; aucun Allemand n'a songé à mettre en suspicion son patriotisme ; professeurs et étudiants français n'ont pas cru manquer de patriotisme en rendant à l'illustre savant allemand un hommage mérité. Je ne crois pas davantage manquer de patriotisme en acceptant la mission (gratuite) dont le gouvernement veut bien m'honorer, ainsi que trois de mes collègues.

Les congrès internationaux de médecine ont été créés à Paris en 1867 ; nous eussions alors trouvé fort étrange que les souvenirs de Sébastopol et de Solférino eussent amené l'abstention des médecins russes et autrichiens.

Chacun entend le patriotisme à sa manière. Pour moi, il consiste à concourir dans la mesure de ses connaissances, de ses aptitudes et de ses forces, à tout ce qui peut servir et honorer la patrie. Nous allons à ce congrès international, continuation de ceux de Paris, Vienne, Bruxelles, Londres, Copenhague, Washington, pour y représenter de notre mieux la part prise par la France dans le mouvement scientifique.

Professeur à la Faculté, je vais aussi à Berlin pour y apprendre les progrès réalisés pendant ces dernières années dans la chirurgie du monde entier, afin de les enseigner ensuite à nos élèves et contribuer ainsi au développement de la science française.

Quel que soit l'accueil qui attende les Français à Berlin, tout nous y rappellera 1870, tout nous sera pénible et souvent douloureux. Il nous serait beaucoup plus agréable de nous abstenir et d'économiser la dépense d'un voyage et d'un séjour en Allemagne ; mais est-il plus patriotique, est-il davantage dans les intérêts de la France de rester dans l'ignorance des progrès réalisés, de laisser croire par notre absence que la France n'en a fait aucun dans ces dernières années ? Je ne le crois pas.

Nous serons en contact intime avec des Allemands, oui, sans doute ; mais oublier que ces Allemands sont des médecins, c'est méconnaître ce qu'a élevé la noble profession à laquelle nous appartenons.

Lorsque, encore sous l'impression de la lutte où vient de se jouer le sort de la patrie, médecins allemands, français, autrichiens, nous nous rencontrons sur un champ de bataille encombré de blessés, nous ne nous souvenons que d'une chose, c'est que nous avons une tâche commune à accomplir : nous dévouer à tous ceux qui, amis ou ennemis, sont tombés pour défendre leur patrie. Est-il donc interdit de se retrouver, dans une salle de congrès, pour travailler en commun à prévenir ou à guérir les maladies qui affligent l'humanité ?

J'irai plus loin encore. Après la plupart des grandes batailles autour de Metz, envoyé en parlementaire pour régler et effectuer l'échange des blessés prisonniers de guerre, j'ai parcouru les ambulances prussiennes et j'ai été témoin des soins attentifs donnés par les médecins allemands à nos soldats blessés. Ils faisaient d'ailleurs pour les nôtres ce que nous faisions pour les leurs : *Hostes vulnerati, fratres.* Le sort de la guerre a malheureusement amené dans les ambulances allemandes un grand nombre de blessés français ; tous ont été soignés avec le même dévouement que les blessés allemands. Voilà ce qu'il ne faut pas oublier.

Gardons au plus profond de notre cœur l'amour de la patrie, soyons-lui dévoués jusqu'à la mort et haïssons ses ennemis ; mais, si nous ne voulons pas être injustes, n'oublions pas que le sentiment que nous devons avoir à l'égard des médecins allemands, *en tant que Médecins*, c'est un sentiment de reconnaissance pour les soins qu'ils ont donnés à nos soldats blessés pendant la guerre de 1870. Ce sentiment peut seul amoindrir l'amertume d'un séjour à Berlin, il n'est pas contraire au patriotisme.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

LÉON LE FORT,
Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.
(*Le Matin.*)

— Nous relevons parmi les membres du *Concours Médical*, qui ont été nommés *officiers de l'Instruction publique*. — MM. les docteurs Bouyer (d'Angoulême) ; Macqret (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Monnet et Pinet (de Paris).

MM. les docteurs Ayasse (de Gap) ; Bourgeois (d'Eu) ; Briand (de Villejuif) ; Colombet (de Miramont) ; Dieuzaide (de Lectoure) ; Fleyssac (de Treignac) ; Grellot (de Giromagny) ; Guillaume (de Chaumont) ; Hoël (de Reims) ; Joubert (de Saint-Domineux) ; Legallois (de la Ferté-Macé) ; Legoux (d'Albert) ; Morice (de Néris) ; Moulins (d'Argentat) ; Martelli (de Rugles) ; Peton (de Saumur) ; Rioms (d'Eymet) ; Roustan (de Grasse).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr ALPHANDÉRY, de Alais (Gard), présenté par M. le Directeur.

M. le Dr ANNÉQUIT, de Issigeac (Dordogne), présenté par M. le docteur Borros, de Sigoulès.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4, PARIS
Place de l'Ecole-de-Médecine

Les Sciences biologiques en 1889-1890, Médecine, Hygiène, Anthropologie, Sciences naturelles, etc., publiées sous la direction de MM. Charcot, Léon Colin, V. Cornil, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Marey, Mathias Duval, Planchon, Topinard, Trélat, Drs H. Labonne et Egasse, secrétaires de la rédaction. — Cette publication formera un magnifique volume in-8°, grand jésus, imprimé à deux colonnes, de plus de 1,000 pages, orné d'un nombre considérable de gravures dans le texte ; elle paraîtra par livraisons bimensuelles de 32 pages. Prix de la livraison : 1 fr. 25. L'ouvrage complet formera de 25 à 30 livraisons ; on peut souscrire dès maintenant au prix de 30 francs ou de 15 fr., en deux payements. Le prix de l'ouvrage complet sera augmenté, pour les non-souscripteurs, après l'achèvement de la publication. La douzième livraison est déjà parue.— Sommaire de cette douzième livraison : 1° L'embryologie depuis ses origines par le Dr W. Lowenthal ; 2° Contribution à la matière médicale depuis 1789, par E. Collin, 14 figures tirées dans le texte ; 3° Notions les plus nouvelles sur la conservation du lait, par le Dr Garibe : Lait stérilisé ; 4° Trente années de Darwinisme, par H. de Varigny, docteur ès sciences ; 5° La Gymnastique, ses applications à l'hygiène et à la médecine.

Trois Semaines en pays Scandinaves, un gracieux volume in-16 de 200 pages, par le docteur Henry Coutagne (de Lyon). Prix : 3 fr. 50, remise de 20 %. Nous ne pouvons mieux faire pour engager nos confrères à lire ce pittoresque récit que de citer la fin du volume.

Dans le discours par lequel Sa Majesté Oscar II nous souhaitait la bienvenue dans ses Etats se trouvaient les phrases suivantes :

« Prêtez l'oreille aux murmures mystiques de nos « immenses forêts, aux douces harmonies des vagues « qui caressent nos rivages, contemplez la vierge « beauté de nos vallées, la majesté de nos alpes, les « sombres profondeurs de nos fjords et en nous quittant, vous remporterez, je l'espère, un souffle de « poésie et de fraîcheur. »

Ces paroles du souverain, nous pouvons les redire au lecteur comme épilogue. Qu'elles l'engagent, corroborées peut-être par les pages qui précèdent, à faire connaissance avec les pays scandinaves et il ne regrettera pas un voyage dans lequel les beautés naturelles et les qualités des habitants rivalisent pour charmer et intéresser l'étranger.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année **N° 31** 2 Août 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

De la douleur dite caractéristique de l'ulcère rond de l'estomac.

Tout le monde connaît la description classique de la douleur xiphoïdienne caractéristique de l'ulcère rond, douleur intense, nettement circonscrite, réveillée par la pression, à laquelle peut correspondre une douleur rachialgique dans le point correspondant du dos. Cruveilhier et Brinton ont beaucoup insisté sur la valeur de ce symptôme, et il est incontestable qu'il ne doit jamais être traité légèrement, quand il s'accompagne d'autres caractères, tels que l'apparition de cette douleur peu de temps après l'ingestion des aliments; il acquiert son maximum de valeur pathognomonique quand on observe chez le malade une hématémèse et alors, les cas d'hystérie mis à part, il n'y a guère de doute à conserver sur le diagnostic.

Mais, on se contente encore souvent, à défaut d'hématémèse, de la constatation du melœna, c'est-à-dire de garde-robes contenant du sang, si toutefois ce sang a les caractères de sang altéré par un séjour quelque peu prolongé dans l'intestin, s'il est noirâtre et revêt l'apparence du goudron ou de la suie.

Cependant le professeur *Bernheim* (de Nancy) rapporte dans une récente clinique qu'il a rencontré la douleur dite caractéristique de l'ulcère gastrique chez un individu névropathe atteint de simples coliques intestinales avec diarrhée et hémorrhoïdes, si bien que le malade avait des garde-robes sanguinolentes; mais le sang était rouge vif.

Cette douleur serait souvent suggérée au malade par le médecin lui-même, suivant M. Bernheim; la région xiphoïdienne est la plus sensible de l'abdomen; chez tous les sujets impressionnables, la pression même légère de cette région détermine une sensibilité plus ou moins vive. Les malades affectés de gastrite, de gastralgie, d'ulcère rond sont tous impressionnables, la sensibilité de cette région se transforme très facilement chez eux en douleur; le fait d'explorer pour la rechercher constitue souvent une suggestion suffisante pour l'exagérer: l'attention du malade, appelée sur cette région, l'exalte ou la crée de toutes pièces. Il suffit de parler devant le malade du point rachidien vis-à-vis du point xiphoïdien pour que, quand on explore la région rachidienne sans affectation, aussitôt qu'on arrive sur la vertèbre correspondante, le malade réagisse douloureusement.

Il est bon de se défier des suggestions inconscientes que le médecin impose aux sujets hystériques et neurasthéniques, et il ne faut pas faire le diagnostic d'ulcère gastrique sur le seul caractère classique dit pathognomonique de la douleur xiphoïdienne localisée avec point douloureux correspondant dans le dos.

Effets des morsures des vipères et traitement.

M. *Kaufmann*, dont les belles recherches sur le venin des vipères ont été couronnées par l'Institut, a exposé, dans la *Revue scientifique*, le résumé de ses recherches sur le mode de traitement le plus rationnel à opposer aux accidents consécutifs aux morsures des vipères.

A la suite de l'inoculation naturelle ou expérimentale du venin de la vipère, dans les tissus de l'homme ou des animaux à sang chaud, se développent des accidents locaux et des accidents généraux.

Les accidents *locaux*, au point de vue de leur évolution, passent généralement par deux phases. Dans la première, il y a simplement extravasation sanguine et formation d'ecchymoses sous l'influence d'une substance soluble du venin; dans la deuxième, qui n'est pas constante, mais qui est fréquente, il y a multiplication de germes qui envahissent les tissus gorgés de sang épanché, les détruisent plus ou moins complètement et en même temps sécrètent des poisons solubles. A l'action primitive du venin vient donc souvent s'ajouter une action microbienne secondaire qui

lui est étrangère et peut devenir très dangereuse.

Les accidents *généraux* consistent dans une dépression énorme du système nerveux, dans une accélération considérable des battements du cœur, qui deviennent en même temps très faibles, dans un abaissement prononcé de la pression artérielle, dans des épanchements hémorrhagiques du côté du tube digestif et des principaux organes parenchymateux, et enfin dans une déformation anormale des hématies qui deviennent globuleuses.

La connaissance de ces accidents locaux et généraux conduit à la possibilité de poser nettement les indications dans le traitement. Le traitement devant combattre les accidents locaux et généraux doit être à la fois local et général.

Nous possédons actuellement deux substances nettement antidotiques du venin de la vipère : le *permanganate de potasse* et l'*acide chromique*. Ces corps s'emploient en injections au point d'inoculation ou de morsure, sous forme de solutions aqueuses à 1 pour 100.

Voici la manière de procéder :

Aussitôt que possible après le moment de la morsure, il faut lier le membre au-dessus du point mordu, soit avec un mouchoir, soit un lien quelconque. On injecte ensuite avec une seringue de Pravaz deux ou trois gouttes de la solution aqueuse à 1 pour 100, soit de permanganate de potasse, soit d'acide chromique, exactement au point de pénétration de chaque crochet. Il faut que le liquide injecté pénètre à la même profondeur que le venin; il faut donc faire l'injection plus ou moins profonde suivant la taille de la vipère qui a mordu. On fait encore trois ou quatre injections semblables, à une petite distance du point mordu. En agissant ainsi, on est à peu près sûr d'atteindre le venin et de le détruire sur place.

Si, au moment du traitement, la tuméfaction a déjà acquis un certain volume, il faut pratiquer des injections dans différents points de la tumeur. Quand les injections sont terminées, on presse légèrement la partie avec la main, pour répartir le liquide injecté dans les différents points et faciliter son mélange avec le venin. Puis on pratique quelques mouchetures avec la pointe d'un couteau ou d'un canif. Il s'écoule généralement une assez grande quantité de sérosité citrine, mélangée d'une partie du liquide injecté. Pour faciliter l'écoulement, on presse à plusieurs reprises la tuméfaction avec la main. On lave ensuite la surface avec la solution permanganique ou chromique, et on applique sur la tumeur un petite linge imbibé de l'un ou l'autre de ces liquides. Si, après quelque temps, la tuméfaction continue à croître, il faut faire de nouvelles injections dans les parties gonflées et pratiquer des mouchetures. Avec ce traitement, les tissus conservent leur vitalité, la peau prend une coloration rouge, jamais noire. Les microbes sont détruits par les agents injectés, car ils agissent comme antiseptiques en même temps que comme antidotes du venin.

Le traitement général, qui ne doit jamais être négligé quand il est possible de l'employer, consiste dans l'administration à l'intérieur de liqueurs alcooliques additionnées de deux ou trois gouttes d'ammoniaque liquide. L'alcool et l'ammoniaque à faible dose réveillent l'activité du système nerveux, relèvent la pression sanguine et communiquent au cœur une énergie de contraction plus grande. Ces liqueurs doivent être administrées par petites quantités à la fois et renouvelées fréquemment, de manière à maintenir le malade dans une excitation persistante. La pratique qui consiste à enivrer le malade est défectueuse, parce que les effets dépressifs de l'alcool à haute dose viennent s'ajouter à l'effet de même ordre produit par le venin. L'alcool à haute dose paralyse le système nerveux, produit un abaissement de la pression artérielle et diminue l'énergie cardiaque.

En résumé, dans le traitement des morsures de vipère, il faut faire des injections locales de solutions à 1 pour 100 d'acide chromique ou de permanganate de potasse, et administrer à l'intérieur, par petites fractions, des liqueurs alcooliques additionnées d'une faible quantité d'ammoniaque. On doit éviter autant que possible l'ivresse. Les solutions d'acide chromique ou de permanganate se conservent pendant plusieurs mois sans alté-

---

FEUILLETON

Appel à la solidarité.

Tout le monde sait combien les Anglais ont l'instinct pratique de la solidarité. Parmi ceux qui ont la plus médiocre opinion de leur pays et de ses institutions nationales, vous n'en trouveriez pas un seul, qui se résigne au silence, quand ces institutions sont critiquées d'une manière hostile.

— Voilà un bon exemple, qui mériterait de trouver des imitateurs parmi les Français, en général, et parmi les médecins en particulier.

Je sais bien qu'on ne s'épargne guère dans les autres professions ; les rivalités d'amour-propre et d'intérêt ont eu toujours le don d'exciter les bas instincts de jalousie, de médisance, qui sommeillent au fond du cœur des hommes les mieux doués. Mais vraiment, les médecins jouissent d'une réputation détestable à ce point de vue ; leurs rivalités sont légendaires : *Invidia medicorum pessima* !

Cela donnerait presque raison à La Bruyère, qui prétend que le bon sens, l'esprit de discernement, la juste mesure, sont à peu près introuvables.

On raconte, en effet (je ne juge pas, j'enregistre des doléances), que les gros bonnets de la corporation, ceux qui ont titres, honneurs et sinécures et les ont obtenus en acceptant les consignes serviles de leur petite chapelle, où on s'encense, où on se pousse à tour de rôle, — dédaignent absolument le menu fretin et ne consentent qu'exceptionnellement à abaisser leurs regards jusqu'à lui. — Figés dans la tiédeur enveloppante et le calme des existences assises, du fond de leur hôtel bien capitonné, du haut de leur superbe et de leur portefeuille, bourré de titres solides, ils assistent, dit-on, impassibles et l'œil sec, à la détresse des fruits secs, talonnés par la nécessité farouche du pain quotidien à gagner.

Les praticiens modestes, qui les font appeler en consultation, prennent leur revanche, dans les réunions intimes, dans les dîners d'arrondissement, où tout le monde se connaît. A l'heure des épanchements et du champagne, ils ne se gênent guère pour tourner en ridicule les allures hautaines, pour divulguer les bourdes et les erreurs de

ration, si elles sont renfermées dans des flacons bien bouchés.

Iritis cataméniale.

M. *A. Trousseau* a recueilli une observation qui est un exemple concluant de la corrélation entre certains troubles oculaires et les fonctions utérines. Il s'agit d'une femme qui présentait tous les mois des attaques d'irido-choroïdite torpide (absence de douleur et de photophobie) avec hypopion et synéchies légères. Ces attaques ne duraient chaque fois que quelques jours et survenaient toujours à l'époque des règles, soit un peu avant, presque toujours pendant, le plus rarement après cette période. Dans ce dernier cas, l'œil était simplement rouge sans la petite tache blanche habituelle (hypopion). Après s'être répétées, vingt-huit fois de suite, les attaques d'irido-choroïdite cessèrent brusquement *lorsque la malade devint enceinte* ; mais elles survinrent de nouveau vers la fin de la grossesse, à une date où les règles auraient dû se montrer, et, après l'accouchement, elles apparaissaient comme auparavant, c'est-à-dire à chaque époque cataméniale.

Ici la relation entre l'affection oculaire et l'utérus est des plus évidentes. Quoi qu'il en soit, M. Trousseau est d'avis que, si dans les cas de ce genre l'utérus est coupable, il ne l'est presque jamais sans la complicité de quelque autre altération de l'organisme ; en d'autres termes, il pense qu'un trouble menstruel survenant chez une femme en pleine santé et indemne de toute tare ne peut que bien rarement amener des phénomènes oculaires dignes d'être mentionnés.

Il existait précisément deux tares chez la malade de M. Trousseau ; d'abord une endométrite (avec écoulement catarrhal) pouvant être un point de départ pour l'infection (et l'hypopion démontre l'origine infectieuse de l'irido-choroïdite dans le cas de l'auteur) ; ensuite la diathèse rhumatismale. En effet, la malade a eu sa première atteinte d'iritis peu de temps avant une attaque de rhumatisme articulaire aigu, c'est-à-dire lorsque la diathèse existait déjà à l'état latent. Cette diathèse explique pourquoi le système irido-choroïdien (qui est un point faible chez les rhumatisants) a été le lieu d'élection des accidents infectieux. (*Arch. de tocol.*, juin 1890.)

Le salol en émulsion

Le lavage de l'estomac avec des solutions bicarbonatées sodiques, boriquées ou phéniquées au millième, a été employé dans les cas d'ulcère de l'estomac ; mais c'est une pratique peu prudente ; car on s'expose à aggraver l'ulcère par le contact de la sonde. On peut y suppléer avantageusement par l'administration à l'intérieur d'antiseptiques ; le naphtol, le salicylate de bismuth ou le salol. Pour ce dernier, M. Jouisse, pharmacien à Orléans, propose la formule suivante :

Salol..................	4 grammes.
Gomme arabique......	4 —
— adragante......	20 centigr.
Teinture de tolu.......	10 grammes.
Sirop simple ou de tolu	30 grammes.
Eau distillée..........	9 s.

Il faut d'abord mélanger la teinture de tolu avec l'eau, puis, après précipitation partielle, passer à travers un linge et émulsionner.

On peut remplacer le sirop simple de tolu par les sirops aromatiques ; fleur d'oranger, extrait d'oranges amères, etc.

Chaque cuillerée à bouche renferme 50 centigrammes de salol.

Tuberculose pulmonaire enrayée sous l'influence d'un érisypèle de la face.

Il y a deux ans, un médecin allemand, M. Waibel, a relaté le cas d'un homme atteint de tuberculose aiguë, qui guérit de cette maladie après avoir subi un érysipèle de la face. M. Schæfer cite une observation en tout semblable à ce cas, avec cette seule différence qu'il s'agissait d'une phthisie à marche plus chronique.

---

diagnostic des inventeurs de panacées et de microbes. Ils trouvent qu'ils ne prêtent aucune attention à ceux qui les approchent, qu'ils examinent les malades avec trop de désinvolture, qu'ils ne s'intéressent qu'aux cas rares, qu'ils se sont immobilisés avec le temps dans certaines idées fixes, dont il est impossible de les faire sortir, qu'ils prescrivent toujours la même chose, etc., etc.

La complainte est longue et je n'entends pas la rapporter en entier. C'est déjà trop que d'en donner un aperçu. Il nous faut, du reste, descendre quelques échelons. Le spectacle devient de moins en moins intéressant.

Ceux qui ont été internes considèrent à peine comme des confrères les médecins qui n'ont pas concouru, bien qu'ils aient continué à travailler et aient acquis beaucoup d'expérience.

Mais, c'est lorsqu'on opère sur le même terrain, lorsqu'on court le même lièvre, que l'acrimonie et l'injustice des chasseurs atteignent le *summum* du paroxysme. On se traite couramment d'âne bâté, de nullité, d'imbécile ; on prétend que le voisin mérite de manger du foin, qu'il n'a rien compris à la maladie, qu'il est cause, ce pelé, ce galeux, de l'aggravation survenue, qu'il est bien tard pour agir efficacement, etc.

On en arrive vite à suspecter sa droiture, son honorabilité, à lui prêter des mobiles bas, à l'accuser de rapacité, pour peu qu'il y ait l'ombre d'une apparence suspecte,..... surtout si c'est un adversaire politique. — Le combat prend des proportions homériques, lorsque les deux rivaux représentent des opinions différentes et se disputent naturellement le titre de maire, de conseiller général, de député. — La moindre peccadille devient un cas pendable. On préjuge le mal et on ne demande de preuves que pour le bien. On commence généralement par admettre l'infamie comme probable, quitte à modifier ensuite son impression. — Malheureusement pour les victimes, on n'extirpe jamais d'une façon complète cette plante vénéneuse, la calomnie, du terrain où elle est tombée.

Un procès retentissant ne nous a-t-il pas appris qu'un médecin avait envoyé du gibier empoisonné à un collègue qui le gênait, pour s'en débarrasser ?

Lorsque la lutte pour l'existence en arrive là, il n'y a plus qu'à jeter un cri d'alarme contre

Le malade, un détenu de la prison correctionnelle de Kaisheim (Bavière), fut d'abord pris de troubles dyspeptiques, puis de pleurésie avec épanchement, affection considérée, à Kaisheim (où la bacillose est extrêmement fréquente parmi les détenus), comme signe avant-coureur de la phthisie pulmonaire. En effet, bientôt après, on constata chez le malade des bacilles caractéristiques dans les crachats, ainsi que les signes physiques d'une lésion des deux sommets des poumons. La phthisie progressait lentement.

Au bout de deux ans, le malade extrêmement affaibli et amaigri, présentait de la fièvre hectique, de la diarrhée, des sueurs nocturnes abondantes, des signes de ramollissement au sommet et un très grand nombre de bacilles dans les crachats. C'est dans cet état qu'il fut pris subitement d'une angine aiguë, et, quelques jours après, d'érysipèle. Ce dernier débuta à l'aile du nez et à la lèvre supérieure et s'étendit à la moitié gauche de la face et à la nuque. L'état général était grave, la fièvre intense (41°3) avec perte de conscience et délire. Cependant, le malade guérit de son érysipèle. Immédiatement après, les sueurs nocturnes cessérent comme par enchantement. A partir de ce moment, tous les symptômes, tant objectifs que subjectifs de la phthisie pulmonaire s'amendérent peu à peu, et, lorsque, après avoir subi sa peine (cinq années de réclusion), le malade quittait la prison, il pouvait être considéré comme guéri ; il se sentait bien, était de nouveau apte au travail, et, comme reliquats de son affection pulmonaire, on ne constatait chez lui que de la matité dans un des sommets seulement, et quelques rares bacilles dans les crachats.

Causes de la dépopulation de la France.

M. *Lagneau* a résumé dans deux séances de l'Académie notre situation démographique, et il a indiqué les mesures qui lui semblent les plus propres d'y remédier.

Mauvaise situation démographique de la France.

Nuptialité. — En France, les mariages décroissent. En 1888, sur 1,000 habitants, on en compte 7.24. Ils sont tardifs, à l'âge moyen de 29 ans 9 mois pour les hommes, de 25 ans pour les femmes. Les hommes se marient en moyenne un an et demi plus tard qu'en Angleterre.

Par rapport aux adultes seuls mariables, les mariages sont moins nombreux et plus tardifs dans les grandes villes que dans les campagnes. Sur 1,000 hommes, il n'y a que 570 mariés à Paris au lieu de 609 dans la France en général.

De plus en plus, ils se portent vers les villes, où trop souvent ils sentent moins le besoin de se marier et d'avoir un ménage ; car ils y trouvent la prostituée, le cabaret, le logeur.

Natalité. — En France, les naissances sont de moins en moins nombreuses. En 1888, sur 1,000 habitants, on en compte 23.09, soit une naissance pour 42 habitants. En Angleterre, sur 1,000 habitants, il y a 32.9 naissances et en Russie 48.8.

Dans nos grandes agglomérations urbaines, la natalité générale est proportionnellement moindre que dans les campagnes. Sur 100 femmes de 15 à 45 ans, il y a annuellement 10 naissances dans le département de la Seine au lieu de 12 ou 13 dans les autres départements.

En France, sur 100 femmes mariées de 15 à 45 ans, on compte annuellement 19 naissances légitimes. Il n'y a que 3 naissances par mariage.

La natalité illégitime tend à s'accroître. Elle est de 8.5 sur 100 naissances totales dans la France en général ; mais elle s'élève jusqu'à 28.15 sur 100 dans les grandes agglomérations urbaines comme à Paris. Au lieu de 8.5 sur 100, comme en France, la natalité illégitime en Angleterre est de 4.8 sur 100 naissances générales.

Notre natalité légitime est minime, moins par infécondité réelle que par limitation volontaire.

L'infécondité réelle, organique, paraît être d'environ 1 ménage sur 10. Parfois elle est congénitale. Parfois elle résulte d'affections utérines survenues à la suite d'un premier accouchement. Souvent elle est due à la syphilis qui, environ 70

---

une telle bestialité qui tendrait à ramener le règne de la force brutale, comme aux temps primitifs. — Ah ! l'humanité, lorsqu'elle va à la dérive, dissimule mal la paresse de ses jambes à marcher dans les hauts sentiers, la débilité de ses mains à se cramponner victorieusement au devoir.

Le public est toujours égayé par ces vilenies, il s'empresse de colporter les niaiseries malveillantes, d'attiser le feu et ne demande qu'à exciter l'ardeur et la haine des combattants ; mais le prestige de ceux-ci en est toujours abaissé et il en rejaillit un réel discrédit sur le corps médical tout entier.

Et pourtant, les divisions locales reposent souvent sur bien peu de chose, sur un froissement, sur un malentendu, qu'il aurait été facile de dissiper. — On aurait tout intérêt à s'entendre, à agir de concert. — On ne peut songer qu'avec regret au manque de cohésion qui existe entre nous ; nous représenterions une force énorme, si nous étions unis, si nous étions plus indulgents les uns pour les autres, moins prompts à déverser le blâme et l'injure, si une chambre syndicale avait pour mission de défendre nos intérêts, de parler haut, au nom de l'ensemble, si une sorte de tribunal d'appel pouvait juger en dernier ressort les querelles particulières, avec un esprit arrêté de conciliation et le désir d'user volontiers du droit de grâce.

Les Associations médicales, anciennes ou récentes, ont déjà largement contribué à opérer des rapprochements fort imprévus ; tant il est vrai qu'on gagne souvent à se connaître ; elles continueront leur rôle bienfaisant et parviendront à dissiper bien des préventions. Mais, ce n'est pas assez ; il y a quelque chose de plus à faire ; j'entrevois très nettement pour mon compte le fonctionnement d'une sorte de conseil de famille, siégeant à Paris, en dehors des influences et des passions de clocher, et permettant aux confrères qui ont des démêlés de laver leur linge sale en petit comité, en dehors de toute publicité malséante. — Ce serait un beau rôle qu'auraient à jouer ces pères conscrits, chargés de rétablir l'entente parmi les membres d'une même famille.

Les Associations médicales trouveraient facilement dans leur sein les éléments de ce tribunal suprême ; ce serait un nouveau fleuron qu'elles ajouteraient à leur couronne.

fois sur 100, tue le produit de la conception avant ou peu après la naissance.

La limitation volontaire de la natalité tient au désir naturel des parents d'assurer à leurs enfants une situation au moins aussi heureuse que celle dont ils jouissent eux-mêmes.

La natalité illégitime de plus en plus élevée tient au célibat, que prolonge le service militaire ; à l'insuffisance de protection de la jeune fille, souvent séduite et délaissée, à la facilité des relations extra-légales dans les agglomérations urbaines ; aux formalités nombreuses, parfois onéreuses, exigées pour le mariage, surtout quand l'un des futurs conjoints est d'origine étrangère.

Mortalité. — En France, en 1888, on compte 21.9 décès sur 1,000 habitants. En Angleterre, de 1881 à 1887, la mortalité n'aurait été que de 19.2 sur 1,000.

L'habitant urbain accroît la mortalité. De 20.8 décès sur 1,000 habitants dans les campagnes, elle s'élève à 24.5 dans le département de la Seine, à 25.4 dans les villes de plus de deux mille âmes. Mais la mortalité des habitants des grandes villes est réellement beaucoup plus élevée qu'elle ne paraît. Des nombreux enfants envoyés en nourrice à la campagne, beaucoup y succombent et déchargent l'obituaire urbain. Paris en envoie 29.27 sur 100, plus d'un quart, Lyon 48.5 sur 100, près de moitié.

La mortalité des jeunes enfants est encore considérable, de 16.8 décès sur 100 enfants de 0 à 1 an. La mortalité des enfants illégitimes est près du double de celle des enfants légitimes, 28,65 au lieu de 15,10 décédés sur 100 enfants de 0 à 1 an ; et cette prédominance de la mortalité des enfants illégitimes persiste tellement qu'à 21 ans, lors de l'appel à l'armée, sur 100 garçons illégitimes, 74 sont décédés, alors que sur 100 légitimes il y en a 33 ou 34 de morts.

Une effroyable mortalité est occasionnée par les guerres actuelles. La guerre de Crimée a fait périr 95,615 hommes sur 309,268 Français y ayant pris part, près d'un tiers. La guerre de 1870, indépendamment des Alsaciens-Lorrains arrachés à la France, détermina, au dénombrement de 1872, une diminution de 366,935 habitants sur ceux constatés en 1866.

Une énorme mortalité de nos troupes coloniales est occasionnée à la Guyane, au Tonkin, à Madagascar et surtout au Sénégal, par les fièvres, le choléra et la fièvre jaune, qui parfois en quelques mois font périr le quart, la moitié de l'effectif.

En France, bien que nos soldats soient choisis avec grand soin pour leur validité, parmi des jeunes gens beaucoup trop nombreux pour être tous incorporés durant plusieurs années, leur mortalité, en temps de paix, est principalement due à la fièvre typhoïde et à la tuberculose. Sur 1,000 soldats, en moyenne, la fièvre typhoïde en fait périr annuellement plus de 3.43. Si, sur 1,000 militaires, la tuberculose ne détermine annuellement que 1.18 décès à l'armée, elle motive la réforme de plus de 3 malades, qui vont mourir dans leurs foyers.

La mortalité des habitants des grandes villes, en particulier de Paris, si l'on y ajoute celle des nourrissons envoyés à la campagne, amènerait plus ou moins promptement l'extinction de la population urbaine, si une immigration de provinciaux et d'étrangers ne venait la renouveler incessamment. Ce renouvellement est tel qu'à Paris, au dernier recensement de 1836, sur 1,000 habitants, 331 étaient natifs et 668 étaient immigrés, plus des deux tiers.

L'accroissement de la mortalité des habitants des villes est principalement dû, dans le jeune âge, à l'athrepsie, plus tard aux maladies épidémiques : en particulier à la fièvre typhoïde, mais surtout aux affections tuberculeuses. En 1887, à Paris, sur 54,847 décès, 11,818 étaient dus aux affections tuberculeuses des poumons, des méninges, du mésentère, etc., plus d'un cinquième.

En appelant nos jeunes gens, la plupart campagnards, en âge de grande réceptivité morbide, non seulement à faire leur service militaire dans les villes, dont l'habitat est déjà nocif pour les civils, mais à résider dans l'encombrement des casernes, souvent plus monumentales que salubres,

---

— En attendant la réalisation de ce vœu, les médecins doivent bien se pénétrer de cette idée, qu'ils n'ont qu'à gagner à être en bons termes et à marcher la main dans la main, — en dehors de tout parti-pris de dénigrement, avec la bienveillance qui convient à leur situation sociale, à leur degré de culture intellectuelle, à l'importance de leur sacerdoce. Car, en dépit des critiques, auxquelles nous prêtons si facilement le flanc, en dépit de nos divisions, la grande masse de nos compatriotes, mis en garde contre la prodigalité des propos méchants, accordent une déférence et une estime profondes aux médecins sobres et discrets par délicatesse d'humeur, ou par distinction d'esprit, soucieux de sociabilité et de philanthropie, qui planent au dessus de ces petitesses et n'aspirent qu'à s'élever toujours plus haut.

Il appartient plus particulièrement aux jeunes de préparer la réconciliation et l'union. — Les nouveaux venus ont parfois le tort de manquer de déférence envers les anciens ; ils ne leur font pas de visite, après leur installation ; avec la confiance vaniteuse qui caractérise tous les néophytes, ils espèrent en avoir facilement raison et les supplanter prochainement. — Le confrère menacé, de son côté, ne voit pas arriver d'un bon œil un concurrent qui peut le faire déchoir et il n'est guère disposé à lui faire fête. Le terrain étant ainsi préparé, il ne peut en sortir rien de bon. La moindre goutte d'eau fait déborder le calice... au fiel.

Bien des ennuis seraient évités, avec un peu plus de modestie et d'égards, d'une part ; de l'autre, avec un peu plus de tolérance et d'urbanité. Le soleil luit pour tout le monde et il est naturel que les nouvelles générations, plus affamées encore et plus pressées que les anciennes, cherchent à faire leur trouée. Chacun son tour ici bas. L'essentiel est de ne pas donner trop de horions à ses compagnons de route, si on ne veut pas en recevoir, à son tour. La violence dans le langage ou les actes ne prouve rien et se retourne toujours contre ceux qui s'en servent.

Dr GRELLETY.

on favorise chez eux le développement de la fièvre typhoïde et de la tuberculose.

Accroissement de population. — En France, pour 1,000 habitants l'excédent des 23.09 naissances sur les 21.9 décès ne donne qu'un accroissement physiologique de 1.19 sur 1,000 par an. En Angleterre, de 1881 à 1887, l'excédent des 32.9 naissances sur les 19.2 décès donne un accroissement physiologique de 13.7 sur 1,000. La nation anglaise croît donc physiologiquement plus de onze fois plus rapidement que la nation française.

Mais l'accroissement réel de notre population constaté par les dénombrements de 1881 et 1886 est de 2.9, d'environ 3 sur 1,000 habitants, par suite de l'immigration d'étrangers, au nombre de 1,115,214 en 1886; tandis que l'accroissement est de 10 dans l'empire allemand, de 11.93 en Prusse, de 12.9 en Russie.

Maintenant qu'avec la généralisation de l'enrôlement de tous les hommes valides, la force militaire devient proportionnelle à la population, notre accroissement minime de beaucoup inférieur à celui des grandes nations de l'Europe, peut, dans l'avenir, devenir pour la France une condition de grande infériorité politique.

Remèdes contre la dépopulation de la France

Ainsi notre nuptialité diminue, notre natalité est très faible, bien que notre natalité illégitime s'accroisse ; notre mortalité est de peu inférieure à la natalité ; — conséquemment l'accroissement physiologique par excédent des naissances sur les décès est très minime. Aussi, malgré une énorme immigration étrangère, l'accroissement total est très faible, il est trois et quatre fois moindre que celui des nations anglaise, allemande et russe.

A ces maux voici les remèdes que propose M. Lagneau.

Pour restreindre le célibat et la natalité illégitime, pour favoriser et hâter le mariage et la natalité légitime, il faut :

Simplifier les formalités parfois nombreuses et onéreuses exigées pour le mariage ;

Protéger davantage les jeunes filles contre les séductions. Astreindre le père naturel à fournir une pension d'entretien. Secourir et entretenir les enfants illégitimes de père inconnu au moyen d'un impôt sur les célibataires de plus de 25 à 30 ans ;

Maintenir plus longtemps les jeunes accouchées dans les maternités afin de prévenir les affections utérines, causes fréquentes de stérilité ;

Empêcher par tous les moyens possibles l'extension de la syphilis, qui est une cause si fréquente de mortalité et d'avortement ;

Restreindre la durée du service à l'armée au temps strictement nécessaire à l'obtention d'une instruction militaire complète. Dans ce but, d'une part, durant la période scolaire, sous la direction d'instructeurs capables, sortant de l'armée, exercer les jeunes gens à la gymnastique, à la course, à la nage, à l'escrime, aux exercices militaires, ainsi que l'ont prescrit plusieurs ministres ; à partir de 16 à 17 ans, deux après-midis par semaine, envoyer les lycéens s'exercer militairement au stand, au champ de manœuvre, à la caserne, au quartier de cavalerie, sous la direction immédiate d'officiers ; tenir grand compte des exercices physiques lors de la distribution des prix et leur attribuer un nombre de points élevés dans les examens qui sanctionnent les études, brevets de capacité, baccalauréats, examens d'admission aux écoles spéciales.

D'autre part, limiter le temps de présence des hommes sous les drapeaux, non d'après leurs numéros de tirage au sort, moyen aveugle, qui laisse beaucoup de jeunes gens valides sans instruction militaire suffisante ; mais d'après cette instruction militaire constatée tous les six mois, tous les ans, par des inspections d'officiers supérieurs ; inspections qui exciteraient, parmi les jeunes hommes, une vive émulation, en permettant de les renvoyer aussi promptement que possible dans leurs foyers, où promptement ils pourraient se marier et procréer légitimement. Dans plusieurs armées de l'Europe, la constatation de l'instruction militaire complète motive le congé anticipé.

Pour restreindre la morbidité, la mortinatalité et la mortalité, il faut :

Créer des maternités ouvroirs où les femmes indigentes, mariées ou filles-mères, privées de leur emploi par suite de leur grossesse, trouveraient un asile en travaillant proportionnellement avec leur validité, et dans lesquels elles pourraient rester plusieurs mois après leur accouchement en allaitant leurs enfants.

Ouvrir des maternités où les femmes pourraient accoucher sans se faire connaître.

Créer des bureaux où les femmes qui veulent ne pas être connues pourraient abandonner leurs enfants en faisant des remarques qui leur permettraient de les retrouver plus tard.

Obtenir que la mère indigente, qui, par la nécessité de gagner sa vie, se voit obligée d'abandonner son enfant, soit mise à même de le conserver et devienne, par des secours suffisants, la nourrice payée de son propre enfant.

Obtenir que la loi de la protection des enfants du premier âge, soit appliquée d'une manière générale, par un personnel suffisant, avec des crédits assurés.

Obliger, par une réglementation de salubrité, à assainir et surtout à aérer les agglomérations urbaines en général, les locaux ouvriers, ateliers, logements en particulier, où sévissent cruellement les maladies épidémiques, la fièvre typhoïde, la tuberculose qui, à elle seule, à Paris sur 54.000 décès environ, en détermine plus de 11.000.

Substituer de plus en plus, pour les soldats, si souvent atteints de ces affections dans les villes, les camps ruraux d'instruction aux casernes urbaines, souvent plus monumnetales que salubres.

Substituer de plus en plus, dans les colonies, les soldats indigènes aux soldats venus de France si cruellement éprouvés par les fièvres paludéennes, le choléra, la fièvre jaune, etc.

Restreindre l'immigration des campagnards dans les villes où la mortalité est élevée, la natalité légitime faible, la natalité illégitime considérable, en dégrevant la propriété rurale, mais surtout en limitant les emprunts municipaux, qui, par l'élévation des salaires, attirent vers les grandes villes les provinciaux et les étrangers payés. En trente ans la ville de Paris, qui a fait pour plus de deux milliards d'emprunts, a vu sa population s'accroître de 1.456.525 à 2.344.550 habitants.

Pour favoriser l'accroissement de notre popula-

tion, il faut : fonder ou développer nos colonies, multiplier nos relations commerciales, internationales, qui, en créant des débouchés, en augmentant les moyens d'existence accroissent la natalité et déterminent l'émigration qui toujours en France excède de beaucoup l'immigration. Naturaliser aussi complétement et promptement que possible les très nombreux immigrés qui, de plus en plus affluent en France, afin de leur faire partager les droits, mais aussi les charges de nos nationaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Erythème polymorphe et scarlatiniforme desquamatif, au cours d'une artério-sclérose généralisée avec insuffisance hépatique et rénale. *(Fin.)*

J'ai raconté (1) l'histoire clinique d'un malade atteint d'artério-sclérose généralisée avec localisations successivement prédominantes sur le foie (cirrhose), sur le rein (néphrite interstitielle) et sur le cœur (myocardite scléreuse). Chez lui on vit tour à tour le tableau de l'asystolie, de l'insuffisance hépatique et de l'urémie. Puis au moment où on pensait qu'il succomberait avec l'une quelconque des formes cliniques de l'auto-intoxication par insuffisante élimination (urémie comateuse ou convulsive, gastro-intestinale ou pulmonaire), nous avons vu apparaître chez lui une dermatose aiguë relativement rare, un érythème d'abord polymorphe, puis surtout scarlatiniforme et desquamatif qui a été la cause de la mort.

J'ai dit comment l'apparition de l'érythème avait été précédé d'un prurit d'une intensité et d'une ténacité désolantes. Ensuite s'étaient montrées des papules d'abord disséminées, puis fusionnées sur les membres inférieurs et supérieurs depuis l'extrémité jusqu'à la racine ; alors l'abdomen et le tronc, le cou et la face, enfin, la muqueuse buccale avaient été envahis par l'éruption de vastes placards d'érythème dont la coalescence avait abouti à une congestion intense et universelle du derme.

Aux parties les plus déclives et au niveau des points où s'exerçait la pression du lit, on constatait des ecchymoses purpuriques ; l'infiltration œdémateuse dominait dans les régions à tissu cellulaire lâche comme les bourses ; en certains points se montrèrent certaines bulles et phlyctènes contenant une sérosité incolore ou sanguinolente, complétant l'aspect polymorphe de l'éruption.

Cette évolution prit une semaine environ ; à ce moment se manifesta l'envahissement de la muqueuse du tube digestif en commençant par le revêtement muqueux des lèvres et des joues, de la langue : à la stomatite succéda l'angine, et, peu après, l'entrée en scène de vomissements réitérés, puis d'une diarrhée profuse coïncidant avec une sensation de brûlure dans l'estomac et divers points de l'abdomen, permirent de présumer l'existence d'un énanthème gastro-intestinal.

La fièvre avait commencé avec le début de l'érythème cutané.

L'insomnie était constante à cause de la continuité des douleurs qui consistaient en des sensations perpétuelles de brûlure et de démangeaisons.

(1) Voir *Concours médical*, n° 27.

Quand les phénomènes éruptifs furent prédominants sur les parties supérieures du corps, le cou et la face, les parties qui avaient été atteintes les premières se mirent à entrer en desquamation ; la rougeur du derme, au lieu d'être ponceau ou cramoisie, devint cuivrée, brunâtre, puis couleur jambon fumé en même temps que l'épiderme commençait à se craqueler, à se fendiller, puis se soulevait en écailles d'abord minces et fines comme dans le pityriasis, puis graduellement plus étendues et plus épaisses comme dans la scarlatine ; sous les premières pellicules s'en formèrent de nouvelles plusieurs fois de suite en chaque endroit jusqu'à ce que les couches profondes de l'épiderme se montrassent avec la transparence, la finesse et le luisant de la pelure d'oignon.

On voyait au bout de quelques jours des lambeaux de plusieurs centimètres carrés ; l'épiderme d'un doigt ou d'un talon s'enlevait tout entier, et le lit du malade était plein chaque matin des amas épidermiques foliacés. Dans les régions où s'étaient formées des vésicules et des bulles, leur dessiccation formait des croûtes molles qui s'excoriaient facilement.

Le traitement consistait en applications partielles de compresses de tarlatane préalablement bouillies et imbibées d'une solution de bicarbonate et de salicylate de soude à 10 et 20 pour 1000 gr., recouvertes de taffetas gommé. Dans d'autres régions on lotionnait seulement avec la même solution et on poudrait abondamment avec la poudre d'amidon ou de sous-nitrate de bismuth. Sur les parties excoriées on mettait du glycérolé d'amidon boriqué ou de la vaseline salolée.

On s'efforça de maintenir la diurèse à un taux aussi élevé que possible par l'emploi d'une tisane de lactose (50 à 60 grammes pour la journée) et en effet les urines furent plus abondantes pendant quelques jours ; mais le taux de l'albumine ne diminua pas (2 à 3 grammes par litre).

Les vomissements et la diarrhée et les troubles nerveux constituaient le véritable danger.

Il se déclara un hoquet, d'abord intermittent, puis de plus en plus fréquent, enfin continuel pendant une semaine sans interruption jour et nuit. Ce phénomène est un des plus pénibles pour le malade et pour son entourage, quand il survient et persiste malgré l'emploi des moyens simples au cours d'une maladie infectieuse il est généralement du pronostic le plus fâcheux. On le voit dans beaucoup de cas coïncider avec des ulcérations de la muqueuse gastrique et intestinale, et c'était, je pense, la véritable pathogénie dans la circonstance présente. Aussi, après avoir usé sans succès de diverses potions calmantes, l'emploi de révulsifs étant d'ailleurs impossible vu l'état des téguments, je soumis mon malade à l'antisepsie gastro-intestinale au moyen du salicylate et du sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans une potion chloroformée.

De quart d'heure en quart d'heure on administrait une cuillerée à café de la potion suivante

Sous-nitrate de bismuth....	6	grammes.
Salicylate de bismuth.......	4	—
Eau chloroformée saturée...	60	—
Eau de tilleul..............	60	—
Sirop de fleur d'oranger......	30	—

Le malade prenait à intervalles réguliers de petites quantités de lait glacé coupé d'eau de chaux.

On lui faisait respirer deux fois par jour 15 à 20 litres d'oxygène.

On eut la satisfaction d'obtenir sous l'influence de cette médication une accalmie véritable, arrêt de la diarrhée et des vomissements, suspension du hoquet et une sensation de bien-être assez marquée pour permettre le sommeil. La fièvre était tombée, on crut pouvoir espérer que le malade échapperait encore quelque temps aux conséquences de son insuffisance rénale et hépatique.

Mais au bout de peu de jours la situation s'était de nouveau empirée, la desquamation terminée sur les membres inférieurs se continuait avec une activité considérable sur le tronc et le dos ; la face, la bouche et le pharynx étaient absolument dépouillés d'épithélium ; des fosses nasales s'échappait, malgré de très fréquentes irrigations antiseptiques un suintement muco-purulent et sanguinolent. Les paupières bouffies et fermées ne laissaient plus voir les conjonctives enflammées et suppurantes. La face tout entière était monstrueusement bouffie.

Pendant ce temps, par un contraste singulier, l'anasarque disparaissait complètement des parties inférieures du corps ; les jambes et les cuisses, si longtemps infiltrées, étaient amaigries et comme ratatinées ; l'ascite avait totalement disparu, permettant de palper à travers les téguments abdominaux trop larges et flasques un foie dur, rétracté, déformé par des bandes de sclérose et des granulations cirrhotiques.

Alors se montrèrent des accidents nerveux d'une telle gravité qu'ils ne permirent plus de se faire illusion sur la fin prochaine, des soubresauts tendineux, un tremblement continu des mains et une sorte d'ataxie des membres supérieurs, une sensation croissante d'angoisse épigastrique et de cardialgie, le tremblement de la langue et l'incohérence des idées et des paroles.

Puis la respiration devint plus rapide, surtout plus irrégulière, suspirieuse ; on ne trouvait que peu de râles de bronchite et de congestion aux bases ; mais la dyspnée était visiblement d'origine nerveuse. Elle revêtit pendant la dernière journée le type dit de Cheyne-Stokes, caractérisé comme on sait par une série d'inspirations de plus en plus profondes, bruyantes et gémissantes, suivies d'une série de respirations de force décroissante et d'une pause respiratoire, si prolongée quelquefois qu'on se demande si la respiration n'est pas arrêtée définitivement ; mais elle recommence, d'abord à peine perceptible, à la vue et à l'oreille, puis de nouveau de plus en plus forte et bruyante, pour décroître ensuite graduellement jusqu'à la pause nouvelle. C'est dans l'urémie surtout que ce phénomène a été observé, mais on le rencontre aussi dans certaines méningites, ou lésions intéressant la région bulloprotubérantielle. Dans le cas présent il appartenait sans doute à l'urémie.

Enfin, après quelques courts mouvements convulsifs, accompagnés de grincements de dents, le malade tomba dans un état comateux et succomba par ralentissement graduel du cœur et encombrement des bronches par les mucosités.

Quelle idée peut-on se faire sur la pathogénie de cet érythème scarlatiniforme desquamatif survenu à titre de complication ultime au cours d'une sclérose progressive du foie et du rein ?

Est-ce le résultat d'une infection secondaire par quelque microbe encore inconnu, ayant profité pour envahir l'organisme de l'état de débilité du malade, et s'étant introduit à la faveur des excoriations de ses téguments faites par le grattage, et malgré les soins antiseptiques ?

Est-ce, comme dans les observations auxquelles M. Ern. Besnier fait allusion dans le mémoire que je citais dans l'avant-dernier numéro du *Concours*, la conséquence de l'intolérance de son organisme aux préparations externes qui avaient été employées pour combattre le prurit, solutions phéniquées, mercurielles et chloraliques, c'est-à-dire une réaction de l'organisme contre l'irritation médicamenteuse ? Mais les solutions médicamenteuses avaient été utilisées avec les plus grands ménagements.

N'est-ce pas plutôt, — et c'est à cette hypothèse que je me rattacherai — que cet érythème pseudo-exanthématique polymorphe et scarlatiniforme était le résultat d'une auto-intoxication par les poisons que fabriquait l'organisme lui-même, et dont il devenait de moins en moins apte à se débarrasser par suite de l'insuffisance croissante du rein et du foie ?

Le foie sclérosé ne pouvait plus exercer sa fonction protectrice de destructeur des poisons ; le rein dont les parties sécrétantes étaient de plus en plus atrophiées par la rétraction du tissu fibreux ne pouvait plus éliminer les poisons que la vie engendre sans cesse dans le corps, déchets organiques ou minéraux.

L'organisme en pareil cas lutte comme il peut contre l'intoxication ; il élimine tantôt par les glandes de la muqueuse bronchique ou gastro-intestinale et tantôt par la peau certains principes toxiques. M. Ranvier, entre autres, a montré qu'on trouvait dans l'épithélium des glandes sudoripares les mêmes cellules striées à bâtonnets que dans les tubuli du rein. « Les épithéliums fonctionnels du rein et des glandes sudoripares ayant une grande ressemblance, dit M. Lancereaux, il est naturel de penser qu'ils peuvent arriver à se suppléer. »

Ce serait dans cette hypothèse une poussée éliminatrice salutaire que tentait l'organisme, mais qui par elle-même devenait, comme beaucoup d'efforts désespérés, une cause de destruction par elle-même, en produisant cette excessive et générale réaction inflammatoire, avec son cortège d'accidents nerveux réflexes. L'existence de la longue période de prurit cutané généralisé, qui a précédé de si longtemps la poussée d'érythème polymorphe, me paraît un argument à l'appui de l'interprétation que je propose ; on peut admettre que déjà l'élimination des poisons irritants se faisait par la peau et produisait, en même temps que la suractivité fonctionnelle des glandes, la congestion ou l'œdème, et par suite la sensibilité excessive des papilles nerveuses de la peau.

Quoi qu'il en soit, j'ai voulu montrer, en publiant ce fait rare, que dans le cours des affections chroniques, comme les scléroses viscérales, outre le tableau clinique ordinaire des symptômes propres à la destruction graduelle des cellules nobles des viscères par le tissu fibreux qui les étouffe en se rétractant, il faut de temps en temps faire une place à l'apparition d'incidents imprévus, conséquences indirectes de la suppression de quelqu'une des grandes fonctions dévolues à ces viscères ; l'auto-intoxication et les déviations éliminatrices des poisons minéraux ou organiques fabriqués par les tissus vivants (leucomaïnes)

ou par les microbes (toxines) sont parmi ces conséquences.

A la demande de certains lecteurs j'aurai à revenir prochainement sur l'artério-sclérose en général et à passer en revue plus complètement les conséquences des diverses scléroses viscérales.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

Constatation des décès en France.

Nous reproduisons encore quelques lettres relatives à la constatation des décès ; nous prions ceux de nos confrères qui auraient des considérations à nous soumettre, des vœux à exprimer, de vouloir bien nous les adresser.

VII

Lyon, le 12 juillet 1890.

Monsieur le Directeur et honoré Confrère,

Je réponds, pour le moment, à votre questionnaire du dernier numéro.

1re-2e Aux deux premières questions je réponds : Oui, pour ce qui concerne les communes de Lyon et de Villeurbanne. Ma clientèle s'étend sur cette commune, chef-lieu de canton, 15 à 20.000 h., étant en quelque sorte un faubourg de Lyon avec lequel elle se confond du côté Est. Dans ces deux communes, la constatation des décès est obligatoire.

3e Elle doit être rétribuée par la famille, mais est, de fait, souvent gratuite. On vient demander le certificat de décès au médecin qui, *toujours*, à moins d'un décès brusque, d'un malade qu'il n'ait pas soigné, le délivre dans son cabinet. Dans tous les cas, on ne peut le faire payer plus qu'une visite ordinaire.

Les 3/4 des médecins délivrent les certificats en les formulant à leur guise. Le maire de la commune de V... m'a témoigné le désir de voir indiquée la cause du décès pour les statistiques, et m'a promis le secret des noms. A cette époque, je mettais : maladie aiguë ou maladie chronique. A Lyon, aucune observation de ce genre ne m'a été faite. Actuellement je remplis les formules imprimées. Avant 1872, il y avait à Lyon des médecins vérificateurs de décès rétribués par l'Administration.

5e J'aimerais certainement mieux remplir les deux formules que vous indiquez au n° 25 ; elles sauvegardent le secret médical et nous préservent de tout ennui de ce côté.

Agréez, etc.

Dr Cassas.

VIII

Les Aires, le 13 juillet 1890.

Monsieur le Directeur,

En ce qui concerne la déclaration des décès, le médecin ne peut que désirer l'extension de son travail, à la condition que celui-ci soit équitablement rétribué.

Mais la constatation des décès dans les communes rurales, éloignées les unes des autres, peut, à certains moments, prendre beaucoup de temps au médecin qui sera obligé de négliger sa clientèle en raison de l'urgence de ces opérations.

Le permis d'inhumer devant être délivré dans les 24 heures, le déplacement devra être coté comme urgent, et payé plein tarif. La dépense, pour la famille, ou pour la commune peut être considérable, même pour les gens, encore nombreux, qui ne font pas appeler un médecin avant la mort. C'est pour cela que malgré l'avis récent du conseil général du Cher, la pratique des constatations des décès n'a pas été inaugurée dans les campagnes. Dépenses trop grandes, et déplacements trop précipités pour les médecins. La chose a été essayée pour les nourrissons protégés, mais l'administration n'y tient déjà plus la main.

Cependant, en ce qui me concerne je pense que l'on peut donner à l'administration, sous le sceau du secret professionnel, des renseignements utiles pour la statistique, sans de grands dérangements.

Aussi, pour ce qui me regarde, j'accepterai volontiers de remplir les deux formules insérées au *Bulletin des syndicats* du n° 25.

Veuillez agréer, etc.

Dr Courrège,
Secrétaire du Syndicat du Cher.

IX

Monsieur le Directeur,

Pour vous aider à étudier la question de la constatation des décès en France, j'ai le plaisir de répondre aux questions que vous posez aux membres du Concours.

1re, 2e et 3e *Question*. La constatation des décès se fait dans les villes de la Charente-Inférieure, où il y a comme à Saintes, par exemple, un médecin de l'état civil avec appointements faits par la ville ; mais dans les campagnes ce service n'existe pas ; aucune constatation de décès n'est faite.

4e *Question*. Oui. Pourquoi, en effet, les décès ne seraient-ils pas constatés aussi bien dans les campagnes que dans les villes ?

5e *Question*. Oui. Actuellement dans la Charente-Inférieure et depuis deux mois environ, aussitôt la déclaration de décès faite à la mairie par les parents défunts, le maire envoie au médecin traitant les deux formules publiées dans le Concours. Il est facile de remplir celle qui doit donner connaissance de la nature du décès et de ses causes ; quant *à la seconde feuille, elle fait double emploi avec l'acte de décès dressé à la mairie et le médecin (à la campagne) ne peut signer une feuille d'un décès qu'il n'a pas constaté.* Pour mon compte, je ne m'occupe que de celle qui est nécessaire pour la *statistique* ; après l'avoir remplie et signée je l'adresse à la Préfecture sous pli cacheté. Le secret professionnel est ainsi absolument observé.

Veuillez agréer, etc.

Dr Guérin.

X

Saint-Aigulin, (Charente-Inf.) le 10 juillet 1890.

Cher Directeur,

Vous avez attiré l'attention sur la *constatation des décès en France* et vous avez donné « les formules et le mode de procéder employés, tout récemment, dans le département de la Charente-Inférieure ». Je suis en possession de ces formules de certificats de décès, ainsi que des enveloppes imprimées à l'adresse du Préfet, que je n'ai qu'à cacheter et remettre à la mairie. Je n'ai pas encore commencé à en délivrer. Ces imprimés m'ont été remis par le Maire qui en les recevant devait répondre à la préfecture si la constatation des décès se faisait dans sa commune et dans quelles conditions. Il a répondu que cette sorte de certificat ne s'était jamais délivré, mais qu'il en voyait l'absolue nécessité, vu que, souvent, il lui arrivait de signer des permis d'inhumer sans savoir ni pourquoi, ni comment un tel était décédé. Ce magistrat m'a alors demandé quelles seraient mes conditions, dans le cas où ces constatations deviendraient obligatoires et où la commune serait obligée d'en faire les frais. Je lui ai répondu que considérant la nécessité absolue de ce service, je voulais le faciliter et je lui ai demandé « trois francs en plus de la simple visite ». Il m'a fait observer qu'il préférait un abonnement, afin d'avoir tous les ans la même somme à allouer à ce service, et que la moyenne des décès dans la commune était de 30 : je lui ai alors demandé 200 fr., et il s'est retiré. Je sais que depuis il a écrit à la préfecture, approuvant cette création, mais il n'a encore reçu aucune réponse.

Puisque vous demandez l'avis des confrères, je vais vous exposer le mien : au point de vue de la société, ces constatations sont indispensables, parce que, par suite de l'omission de cette formalité, bien des crimes

restent impunis : je pourrais citer, entre autres, le cas d'un vieillard roué de coups par un jeune homme vigoureux, mort des suites de ses blessures trois semaines après et enterré ; ce n'est que deux ans plus tard après que ce même jeune homme eût commis un nouvel homicide et fût mis sous les verrous, que les voisins qui jusqu'alors l'avaient redouté se sont décidés à parler et ont révélé ce qu'il avait fait 2 ans auparavant. Il a été condamné à 2 ans de prison.

Les faits de ce genre ou se ressemblant ne doivent être que trop fréquents ; la Société n'a qu'à gagner à l'institution obligatoire des constatations de décès.

Au point de vue du praticien, les certificats de décès, amenant à la fin de l'année un supplément de recettes de quelques centaines de francs, seront bien accueillis, aujourd'hui surtout que le nombre des médecins augmente (quatre jeunes confrères viennent de s'installer, tout dernièrement, à moins de 25 kilomètres de chez moi et le pays est bien loin d'être peuplé comme les environs de Paris et il est en général peu fortuné). Aussi la plupart des confrères ne considéreront pas les constatations de décès comme une corvée, mais comme une occupation rémunérée.

La constatation doit être rétribuée par la commune, le département ou l'Etat, comme elle l'est, du reste, dans les grandes villes et non par la famille. De deux choses, l'une : ou bien le décédé aura reçu les soins d'un médecin, ou bien il sera mort sans soins. Si la famille doit payer le certificat, elle dira au médecin traitant que les frais de la maladie sont déjà bien assez élevés sans ceux du certificat de décès.

Les familles de ceux qui seront décédés sans avoir reçu les soins d'un médecin, diront : « Le certificat de décès, mais je n'ai pas à le payer, c'est le maire qui m'a obligé à vous le demander : arrangez-vous avec lui. » Ici les 2/3 des décédés n'ont reçu aucun soin médical. Nous voilà donc, en admettant le paiement des certificats par les familles, ou bien obligés de leur en faire cadeau, ou bien contraints de les obliger au paiement.

Je clos cette lettre, en félicitant le *Concours* de l'activité qu'il ne cesse de déployer pour la défense des intérêts professionnels : croyez que la génération médicale actuelle et surtout la génération à venir lui en garderont une vive reconnaissance.

Recevez, etc.

Dr J. Busquet.

XI

Monsieur et très honoré confrère,

A Vrigne-aux-Bois (Ardennes), la Mairie exige depuis longtemps un certificat de décès, avant de délivrer le permis d'inhumer.

A *Vivier-au-Court* (1,800 habitants), à 2 kil. de Vrigne, il n'y a qu'une année qu'on exige un certificat de décès pour permettre l'inhumation.

Dans les autres petits villages de 3 à 500 habitants, jamais la mairie n'exige le certificat de décès à moins de mort violente réclamant enquête judiciaire ou de la Gendarmerie.

En principe, c'est la famille qui paye la constatation du décès ; — mais si c'est un membre de la Société de Secours mutuels, c'est la Société qui paye. — Le tarif ordinaire est de 5 fr. par certificat, expliqué de la façon suivante : 2 francs pour la visite et 3 francs pour le certificat.

Il serait opportun de voir établir l'obligation de la constatation des décès, même pour connaître la nature de la maladie, car des gens meurent sans médecin et sont inhumés sans savoir de quoi ils sont morts.

Mais il ne sera peut-être pas aisé de réglementer ce service.

La loi dit que l'officier de l'Etat civil délivrera le permis d'inhumer après s'être assuré par lui-même que la mort est bien réelle.

Comme l'officier de l'Etat civil ne va pas s'assurer si l'individu est bien mort il s'en rapporte à la déclaration des parents ou voisins qui n'ont pas même osé regarder le mort ; ou bien il demande le certificat médical quand ce service est organisé.

Dans ce dernier cas, il serait curieux d'étudier à qui incombent la responsabilité financière et aussi la confection dudit certificat de décès. Les familles ne sont pas sans protester contre cette dépense qu'on leur inflige ici et dont on les dispense ailleurs.

Ils savent bien que la Loi les oblige à se rendre à la Mairie pour déclarer que *leur parent* est mort ; mais dès qu'on leur demande une autre formalité, ils ne comprennent plus.

Quelques personnes me disent : je viens de déclarer à la Mairie le décès de mon père et le Greffier m'a répondu qu'il fallait le certificat du D^r qui l'a soigné; c'est pourquoi je vous prie de me donner le certificat qu'il demande, puisque c'est vous qui êtes notre médecin. »

Dans ce cas j'agis comme *médecin de la famille* et non plus comme *médecin de l'état civil* ; — et pourtant la constatation des décès est un service de l'état civil dont la Mairie devrait avoir la charge et la responsabilité financière.

En constatant un décès je fais un service de *médecin expert* pour l'état civil et non plus comme médecin de la famille.

C'est pourquoi en exigeant la constatation des décès, d'une façon générale, il serait bon de spécifier que l'Administration communale doit prendre à sa charge *les frais du service* en indemnisant le médecin chargé des constatations.

Veuillez agréer, etc.

Dr Garrigue.

XII.

Dans le département de la *Savoie*, la constatation ne serait possible que dans les villes ; ailleurs elle ne serait jamais acceptée ni par les familles, ni par les municipalités, à cause des frais qu'elle entraînerait. Pour exemple, je cite mon arrondissement qui compte 40.000 habitants. Il est desservi par quatre médecins qui tous habitent le chef-lieu. Certains villages de la montagne sont éloignés de plus de trente kilomètres. Il faudrait deux jours pour aller constater un décès alors qu'on n'est jamais appelé même pour soigner une maladie. Et ces villages sont nombreux. Je n'exagère pas en disant que dans mon territoire médical c'est à peine si sur dix maladies entraînant la mort une seule a été soignée par un médecin.

Ici donc la constatation des décès ne serait possible que pour la ville d'Albertville qui a une population de cinq mille habitants. Pour mon compte j'accepterai la formule du Concours.

Agréez, etc.

Dr Armand.

VARIÉTÉ

L'hypnotisme dans l'art dentaire.

Les premières expériences scientifiques remontent à 1858 ; mais l'application de cette nouvelle méthode à l'art de guérir est loin d'être acceptée par tous les praticiens.

Cependant il n'est plus possible de révoquer en doute la *suggestion directe*, il n'est pas possible de nier que durant le *sommeil hypnotique* on puisse donner au somnambule des ordres aussitôt fidèlement obéis, et que l'on puisse faire apparaître dans son esprit les hallucinations les plus diverses de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût. Ces faits sont devenus une vérité banale.

Plus curieuses, en apparence du moins, sont les suggestions produites pendant le sommeil hypnotique et dont la réalisation n'a lieu qu'après le réveil. Exemple: Mlle X... est endormie, et tandis qu'elle est au plus profond de l'état hypnotique, on lui suggère l'ordre d'aller, *deux heures* après son réveil, frapper du poing sa voisine de lit. Sortie de son sommeil, Mlle X... n'a gardé aucun souvenir de l'ordre suggéré. Mais cet ordre est dans

son cerveau à l'état latent, et, à l'*heure dite*, poussée par une de ces impulsions irrésistibles dont on retrouve chez certains malades de si fréquents exemples, Mlle X... se jette sur sa voisine et la frappe.

Un fait de cet ordre accompli, non plus en vue d'une simple curiosité scientifique, mais dans un but thérapeutique, nous a paru assez intéressant pour être reproduit ici.

Le 15 juillet dernier, Mlle Clémence B... vient nous demander conseil au sujet de violentes douleurs qu'elle ressentait au niveau de la tempe et du maxillaire inférieur du côté gauche; elles étaient occasionnées par une molaire profondément cariée. L'indication était formelle : il fallait extraire cette dent.

La jeune fille voulut être endormie. Je saisis l'occasion qui m'était offerte de faire une expérience d'hypnotisme, chose que je cherchais depuis longtemps. Je provoquai rapidement le sommeil et fis passer cette personne dans les trois états hypnotiques connus ; 1° la léthargie ; 2° la catalepsie, 3° le somnanbulisme, et lui suggérai d'aller, *quelques minutes après son réveil,* se faire extraire la dent malade, affirmant que l'opération serait absolument indolore. A l'heure dite la jeune fille quitte la salle où elle avait été endormie en présence de M. le docteur Mora, médecin à Paris, dont la compétence en cette matière est connue, et de M. Dubrac, dentiste de l'hôpital de Versailles, et se dirige vers le cabinet de consultation, se place dans le fauteuil et attend que l'opérateur intervienne.

M. Dubrac fit l'extraction devant plusieurs personnes qui pourront affirmer que la patiente est restée absolument impassible, déclarant qu'elle n'avait éprouvé aucune douleur.

Cependant l'opération, quoique très habilement pratiquée, fut assez laborieuse ; les mors du davier ont pénétré très profondement dans l'alvéole et à deux reprises, à cause du mauvais état de la dent dont la couronne n'existait plus qu'à l'état de vestiges cariés et peu solides.

L'opération terminée, la jeune fille était gaie et souriante, ce qui arrive bien rarement, il faut l'avouer, après une opération de ce genre.

Un fait presque identique s'était passé en 1888 à l'hôpital de la Charité, à la consultation du regretté docteur Andrieu ; mais il différait du premier en ce que l'extraction dentaire avait été faite *pendant le sommeil provoqué*, tandis que, dans le cas que nous relatons ici, l'opération a été pratiquée dans l'état de suggestion *après le réveil*, ce qui rend cette observation particulièrement intéressante et nous a engagé à lui donner cette publicité.

Nous serions amené par ce qui précède à soulever la grosse question de l'application de l'hypnotisme à la cure des maladies. Ceci dépasse un peu notre compétence ; cependant, sans vouloir discuter l'opportunité des récentes circulaires de MM. les Ministres de la Guerre et de la Marine relativement à l'interdiction de l'hypnotisme dans les armées de terre et de mer, je dirai que tout le monde est d'accord pour engager les pouvoirs publics à empêcher les abus et à ne point tolérer que cette méthode soit exploitée par des charlatans sur le dos du public.

D'autre part, lorsque un médecin croit à l'efficacité curative de l'hypnotisme, et s'il juge à propos de l'employer, personne, à notre humble avis, n'a le droit de le lui défendre.

Du moment qu'il est muni de son diplôme, il est censé connaître ce qui est bon ou ce qui est mauvais à faire. Et pourquoi interdire l'emploi de l'hypnotisme plutôt que celui des anesthésiques, de la cocaïne, de l'antipyrine ou de tout autre médicament ?

« L'hypnotisme, dit la circulaire du Ministre de la guerre, de l'aveu même de ceux qui le préconisent, peut faire courir des dangers aux malades qui y sont soumis. »

Cette proposition est indubitable ; mais il en est de même de toute chose ici-bas et de beaucoup de médicaments ; toute médaille a son revers. Mais de ce qu'une chose présente des inconvénients, il ne s'ensuit pas qu'il faut s'en abstenir, et, par là, se priver des avantages qu'elle peut procurer.

Les partisans de l'hypnotisme ne voient et ne parlent que de ses avantages ; ses adversaires ne veulent tenir compte que de ses inconvénients. La vérité est que l'hypnotisme présente des avantages mêlés d'inconvénients.

Cela étant, faut-il le prohiber ? Ce serait se priver de ses avantages en même temps qu'on éviterait ses dangers, à supposer que la prohibition fût observée.

Ce serait renoncer à l'usage du feu de peur de se brûler.

Amédée CALMEL.

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Pommade contre la gale.

(Professeur FOURNIER.)

Pour remplacer la frotte au savon noir et à la pommade d'Helmerich du traitement classique de Saint-Louis, qui sont trop irritantes pour la peau délicate des gens du monde, des femmes et des enfants, on peut employer la poudre de savon, et faire ensuite les frictions avec le mélange :

Glycérine	200	grammes.
Gomme adragante	1	—
Fleur de soufre	100	—
Sous-Carbonate de potasse	35	—
Huile de lavande	} *ãã* 1 gr. 50	
— de menthe		
— de caryophyllée		
— de cinnamome		

Après une friction d'une demi-heure avec la solution précédente, le malade rentre dans son bain. Quand il en sort, on couvre toute la surface du corps de poudre d'amidon. Tous les vêtements, les draps, etc., seront placés dans une étuve à 100 degrés.

REPORTAGE MÉDICAL

Encore une nouvelle interprétation sur les frais de dernière maladie dans le cas de faillite. — M. le docteur Benoist, ayant un client en faillite, avait présenté la note de ses honoraires au liquidateur en demandant à figurer au nombre des créanciers privilégiés. Celui-ci avait refusé, et le docteur Benoist a obtenu gain de cause.

Le Tribunal..., statuant en matière commerciale et en dernier ressort, admet le docteur Benoist comme créancier de la faillite Danard pour 236 francs ; dit que sur cette somme il sera colloqué

par privilége au terme de l'article 2101 concernant les frais de dernière maladie, par celle de 150 francs, et au marc le franc pour le surplus ; dit que les dépens seront supportés par la faillite. (*Lyon Médical.*)

— Le *Medical Record* publie un travail du Dr Birnbaum relativement à la mortalité dans le corps médical. Voici quelques-uns des chiffres cités par l'auteur :

L'âge qui donne le plus de docteurs est 27 ans. La moitié du chiffre total a moins de 40 ans et les trois quarts moins de 50 ans. La disparition est la moins marquée entre 50 et 60 ans, et la plus prononcée entre 60 et 70. La conclusion, c'est que les médecins doivent se garder de tout surmenage après 60 ans. D'une façon relative, c'est entre 43 et 44 ans que les médecins meurent le moins.

Les médecins n'atteignent pas un âge fort avancé aussi souvent que la moyenne de la population ordinaire. Sur 15,000 personnes de toutes classes ayant atteint l'âge de 25 ans, 30 environ dépasseront 95 ans et 180, 90 ans. Sur les 15,000 médecins de Birnbaum, aucun n'a atteint 94 ans.

Les tables de Birnbaum établissent comme suit la durée probable de la vie du médecin ;

A l'âge de 25	ans, il peut	espérer	atteindre		62,11
» 35	»	»	»	»	63.09
» 45	»	»	»	»	64.83
» 55	»	»	»	»	67.75
» 65	»	»	»	»	72.68

Il en résulte que « la vie expectative » est un peu en dessous de celle de la moyenne de la population, mais pas beaucoup.

En ce qui concerne la durée moyenne de la vie dans le monde médical et dans les autres professions, Birnbaum cite le tableau suivant de Neufville.

Membres du clergé	65,7
Professeurs	56,8
Jardiniers	56,8
Bouchers	56,7
Négociants	56,7
Jurisconsultes	54,2
Médecins	52,2

(*Bulletin médical.*)

— La Société française d'Hygiène décernera, en 1891, une médaille d'or de 200 francs, une médaille d'argent, et deux médailles de bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires sur la question suivante :

« *Exposer les soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels.* »

Pour renseignements détaillés, les concurrents sont priés de s'adresser au bureau de la Société, 30, rue du Dragon, Paris.

— Il est créé à *Bordeaux* une *école du service de santé de la marine* qui relève du vice-amiral, commandant en chef, préfet du 4e arrondissement maritime.

Cette école a pour annexe trois succursales situées dans les ports militaires de Brest, de Rochefort et de Toulon.

La constitution de l'école et de ses annexes, le mode et les conditions d'admission des élèves, le régime, la police et la discipline, l'administration et la comptabilité, l'enseignement et les programmes des concours sont déterminés par arrêtés ministériels.

Projet de loi sur la délivrance gratuite des médicaments par l'Assistance publique. — Les médicaments préparés par les pharmaciens des hôpitaux ou des bureaux de bienfaisance peuvent être distribués gratuitement dans les hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance, dispensaires, maisons de secours, sous la surveillance et la responsabilité de ces pharmaciens, aux malades reconnus privés de ressources.

La nomination des personnes chargées de ces distributions a lieu sur la présentation du pharmacien ; elle est soumise à l'agrément du préfet.

— La délégation qui doit se rendre au Congrès international de médecine de Berlin est ainsi définitivement constituée.

M. Bouchard, membre de l'Académie de médecine de Paris, professeur à la Faculté de médecine, président de la délégation, composée de MM. les docteurs Baudouin, A. Berlioz, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris ; Bouchut, médecin honoraire des hôpitaux ; Chantemesse, professeur agrégé ; Gellé ; Javal, membre de l'Académie de médecine ; Josias, médecin des hôpitaux ; Gley, agrégé de la Faculté ; Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Le Fort, membre de l'Académie de médecine ; Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; Magitot, membre de l'Académie de médecine ; Moure, professeur libre de laryngologie, à Bordeaux ; Netter, professeur agrégé à la faculté de Paris, médecin des hôpitaux ; Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux ; Proust, inspecteur général des services sanitaires ; Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine ; Valude, médecin adjoint de la clinique des Quinze-Vingts ; Vignes, médecin oculiste.

— Le concours pour trois places de médecins des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. Richardière, Thibierge, Galliard.

— Dans la liste des *membres du Concours* nommés officiers d'Académie, nous avons omis M. le Dr Breucq (de Bayonne) et Fabre (de Saint-Pons).

— Par décret en date du 12, M. le Dr Ménard, de Paris, a été nommé chevalier de la légion d'honneur. Et officier de l'instruction publique, Dr Legendre, à Saint-Léger-sous-Beuvry.

BIBLIOGRAPHIE.

L'Hygiène des sexes, par le docteur E. MONIN. L'écrivain si aimé du grand public décrit, dans ce nouvel ouvrage, l'hygiène des organes générateurs, chez l'homme et chez la femme, et élucide les préceptes sanitaires qui ressortissent à leur fonctionnement rationnel.

Avec l'esprit le plus scientifique caché sous la forme la plus littéraire, le Dr Monin passe de l'hygiène privée à l'hygiène publique, sans omettre aucun des problèmes, si délicats, que soulève la physiologie intersexuelle. Jamais l'*hygiène spéciale de la femme*, n'a été aussi complètement traitée que dans ce petit ouvrage de 300 pages, qui sera bientôt dans toutes les mains. (Prologue en vers de Jean Richepin).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 32 | 9 Août 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Congrès international des Sciences médicales à Berlin.

Lundi s'est ouvert à Berlin le 10e des congrès internationaux de médecine, dont le premier eut lieu à Paris en 1867 et qui se sont tenus successivement à Florence (1869), à Vienne (1873), Bruxelles (1875), Genève (1877), Amsterdam (1879), Londres (1881), Copenhague (1884), Washington (1887).

Les correspondants nous apprennent que des délégations officielles ont été envoyées à Berlin par un grand nombre d'Etats, villes, universités, académies et sociétés savantes ; on a remarqué particulièrement les représentants officiels de la médecine militaire, parmi lesquels nos compatriotes font particulièrement bonne figure.

Au congrès a été annexé une exposition médicale et scientifique.

Le congrès est présidé, comme on sait, par Wirchow, le plus illustre médecin allemand, dont le discours d'ouverture a été consacré d'une part à souhaiter la bienvenue aux congressistes en termes très affectueux, d'autre part à faire un éloge mérité des institutions sanitaires de la ville de Berlin, notamment aux champs d'épandage pour l'utilisation des eaux d'égout.

Le Dr Lassar, l'éminent dermatologiste, qui est secrétaire général du congrès a lu son rapport sur l'organisation et la division en section. Tous les journaux politiques nous ont déjà signalé la phrase de son rapport qui a provoqué les applaudissements de toute l'assistance : « un grand ministère de la République française a estimé assez haut ce congrès pour y envoyer 34 délégués dont l'autorité est reconnue au delà de leurs frontières. »

Parmi les présidents d'honneur, on a élu notre maître, le professeur C. Bouchard, qui a lu en séance générale une conférence intitulée : *Essai d'une théorie de l'infection*.

Les autres conférences faites en séance générale par des savants universellement connus, sont les suivantes :

Axel-Key (Suède) : la puberté et les maladies des écoliers ; *Cantani* (Italie) : l'antipyrèse ; *Koch* (Allemagne) : la bactériologie ; *Lister* (Angleterre) : la chirurgie antiseptique actuelle ; *Meynert* (Autriche) : coopération des centres nerveux ; *Stokvis* (Hollande) : la pathologie coloniale ; *Wood* (Etats-Unis) : l'anesthésie.

Pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightique.

M. *Semmola* (de Naples), correspondant de l'Académie, a lu devant ses collègues un nouveau mémoire sur un sujet qui lui est cher, la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightique. On sait que, dès 1867, le professeur napolitain défendait cette opinion que les lésions du rein dans le mal de Bright sont la conséquence de l'albuminurie et non sa cause, que la lésion initiale est une altération chimique moléculaire des albuminoïdes du sang, altération par suite de laquelle ces albumines devenues inassimilables sont excrétées par les glomérules et les canalicules du rein, qu'elles irritent et enflamment en passant. Quant à la cause primordiale de la dyscrasie albumineuse, elle serait un mauvais fonctionnement de la peau. La théorie de M. Semmola, à coup sûr ingénieuse, n'a jamais été acceptée qu'à titre d'hypothèse en France, et notre confrère italien, désireux de gagner des adhérents à sa manière de voir, vient de tenter un nouveau plaidoyer. Voici les conclusions de ce travail :

Le degré de l'albuminurie expérimentale n'est pas toujours en rapport avec l'intensité du processus morbide. Dans les néphrites toxiques produites par des agents qui n'ont pas d'action altérante sur la constitution du sang, on obtient au maximum les lésions rénales avec une albuminurie très faible, tandis que dans les néphrites toxiques d'origine minérale, en général, on réalise un maximum d'albuminurie qui est dû en

même temps aux lésions rénales et à l'état dyscrasique ;

Dans l'albuminurie expérimentale produite par l'injection de blanc d'œuf, il n'y a besoin d'aucune altération épithéliale pour que l'élimination albumineuse soit réalisée Il s'agit là d'un simple phénomène d'élimination dépurative selon toutes les lois bien connues de la physiologie de la sécrétion rénale en rapport avec des principes étrangers et nuisibles circulant dans l'économie vivante ;

Cette élimination dépurative d'albumine à travers le rein n'en constitue pas moins un effort fonctionnel auquel l'appareil rénal ne doit pas se prêter physiologiquement, parce que, dans l'état vraiment normal de l'organisme, les principes albuminoïdes provenant de l'alimentation sont destinés à remplir des fonctions intra-organiques et non pas à être éliminés au dehors ;

Cet effort fonctionnel dépurateur est en conséquence un état pathologique, et il arrive, en effet, que cette élimination d'albumine produit à la longue des altérations secondaires qui doivent rentrer dans la série des néphrites toxiques proprement dites, avec cette différence que dans ces dernières prédomine un caractère plus franchement inflammatoire, tandis que, dans les altérations rénales consécutives à l'élimination de l'albumine injectée, prédominent des effets dégénératifs qui les font rapprocher davantage des lésions rénales des brightiques ;

L'albuminurie brightique, qui est toujours caractérisée par de grandes oscillations dans la quantité d'albumine émise dans les différentes heures de la journée, soit par le fait de l'alimentation plus ou moins azotée, soit par d'autres causes incapables d'être évaluées, doit être rangée dans les albuminuries hématogènes, parce que, à part toutes les raisons cliniques ou anatomiques (gros rein blanc, bilatéralité, etc.), il serait impossible de concevoir des changements si rapides et si nombreux dans le degré du processus morbide des épithéliums avec une différence de quelques heures seulement, tandis que persiste le processus morbide du rein tout entier.

M. *Hayem* a exposé diverses critiques à la théorie de la maladie de Bright, telle que la conçoit M. Semmola.

D'après M. Semmola, l'albuminurie brightique serait la conséquence d'une altération des principes albuminoïdes du sang, mais cette altération n'est pas démontrée. M. Semmola se fonde, pour l'admettre, sur ce fait que l'injection de blanc d'œuf dans le sang produit un certain degré de néphrite. Mais l'albumine du blanc d'œuf est une albumine particulière ; elle n'est pas assimilable et doit être rejetée au dehors. C'est précisément son élimination par le filtre rénal qui donne lieu à une néphrite, mais ce n'est là qu'une néphrite toxique.

Pour éclairer la question, M. Hayem a procédé autrement : il a fait des injections de sérosités naturelles (liquide péricardique, liquide d'hydrocèle, etc.), c'est-à-dire de liquides très riches en principes albumineux de même nature que ceux du sang. Or, ces injections, même faites en très grande abondance, n'ont jamais déterminé de néphrites ; toujours elles ont été merveilleusement supportées par l'organisme.

Il a fait mieux : s'étant procuré un chien dont l'urine contenait des flots d'albumine, et qui présentait tous les signes de la maladie de Bright, il a pris ensuite un second chien, de petite taille relativement au précédent, l'a saigné à blanc et lui a fait la transfusion avec le sang du chien brightique ; il lui a transfusé une quantité de sang égale à celle que lui avait fait perdre la saignée. Or, cet animal n'a présenté, à aucun moment, trace d'albuminurie. Au bout de quelques jours, cet auteur a répété la même expérience

FEUILLETON

Soyons calmes !

Lorsqu'un *Parisien*, remuant et *impressionnable*, excessif d'un bout à l'autre, comme le sont presque tous ses pareils, va passer quelque temps en province, dans un de ces trous perdus où les heures coulent inutiles, comme une monnaie dépréciée que nul n'a jamais songé à économiser, où on est réduit au minimum d'idées, de besoins et d'activité dont puissent se contenter des créatures humaines, — ce fils de Lutèce est tout d'abord stupéfait de la placidité, de l'inertie des habitants, qui semblent sourds aux bruits qui nous passionnent. Les âmes lui paraissent endormies et obnubilées. — Il serait volontiers porté à traiter de mollusques ces braves ruraux pourtant si hospitaliers, qui vieillissent sans s'en apercevoir, pour qui la pluie elle-même, faute de mieux, devient une distraction et un sujet de causerie.

Mais, lorsqu'il a subi pendant quelques jours l'influence sédative des champs, lorsqu'il s'est plongé dans ce bain de guimauve, à température uniforme, se sentant enfin apaisé, grâce à la douceur réparatrice du climat, il en vient à se demander si ses rustiques amphytrions ne sont pas plutôt les sages et lui le fou.

Ces derniers, à leur tour, ont le droit de s'étonner de son activité fébrile, de l'état continuel de tension de son esprit. Ils ont peine à comprendre que ses nerfs puissent se maintenir à un diapason aussi élevé, comme une corde de violon prête à se casser sans rendre de sons trop aigus et trop discordants.

Ils lui disent volontiers : A quoi bon tant lutter, tant vous agiter, dans ce milieu d'angoisses quotidiennes, de doute corrosif et de navrantes déceptions ? — Vos prétendues compensations sont chèrement payées. — Vous vous démenez d'ailleurs en vain : vous ne changerez pas l'ordre immuable de l'univers et vous continuerez à payer autant et plus d'impôts que par le passé.

Ces réflexions rappellent le fatalisme oriental ; elles ne feront guère d'adeptes parmi les habitants de la capitale dont la chaudière est constamment sous pression ; elles méritent pourtant d'attirer l'attention de ces citadins pour qui le train-éclair ne va jamais assez prestement, qui sont entraînés par le dévorant tourbillon, par le mouvement perpétuel de la grande ville.

Il est certain que les Parisiens vivent trop tôt et trop vite, qu'ils épuisent trop rapidement passions et plaisirs, et arrivent à la satiété avant les délais voulus. Revenus de partout après y être allés, sachant tout et le reste, ils en sont réduits de bonne heure, comme Chateaubriand, à faire une séduc-

avec le même résultat. Il paraît donc prouvé que l'altération dont il ne nie pas l'existence, ne suffit pas à provoquer les lésions de la maladie de Bright. Il veut bien admettre qu'il y ait des néphrites dyscrasiques, mais jusqu'à présent personne ne sait en quoi consistent ces dyscrasies. C'est de quoi d'ailleurs M. Semmola convient, répond-il. Mais le fait principal qu'il a voulu établir, c'est que les altérations des matières albuminoïdes du sang peuvent produire la néphrite.

Le cannabis indica dans le traitement des dyspepsies.

M. *G. Sée* vient d'entretenir l'Académie d'un nouveau médicament ou du moins de la résurrection d'un ancien médicament, le chanvre indien; cette plante, qui entre, comme on sait, dans la composition du haschich, a surtout été employé comme analgésique et hypnotique. M. G. Sée veut l'appliquer désormais au traitement des névroses gastriques ou dyspepsies nerveuses qui; d'après lui, diffèrent complètement des diverses dyspepsies chimiques.

Le cannabis indica doit être employé, dit M. Sée, sous forme d'extrait gras, à la dose de 5 centigrammes, divisés en trois doses par jour, sous forme de potion. Au delà de cette dose, il devient toxique, et la toxicité se traduit surtout par l'ébriété.

Les principes chimiques du cannabis, tels que le tannate de cannabine et le cannabinon, n'ont pas donné d'effets précis ni favorables, sans doute parce que ce ne sont pas les véritables principes actifs.

Les affections non organiques de l'estomac dans lesquelles M. Sée a employé le cannabis constituent deux groupes, suivant lui :

Le premier comprend les altérations chimiques du suc gastrique, entre autres les hyperacidités chlorhydriques, qui sont les plus fréquentes de toutes les dyspepsies ; les hyperacidités organique, lactique, acétique, et, d'autre part, les anacidités complètent ce genre de maladies dyspeptiques.

Le deuxième groupe se rapporte exclusivement aux névroses gastro-intestinales qui se présentent sans aucune modification chimique du suc gastrique.

Toutes les affections, dyspepsies ou névroses, se traduisent dans des proportions variées par cinq genres de phénomènes qu'on peut dénommer ainsi :

a) Les sensations douloureuses locales ou irradiées, spontanées ou provoquées par le contact des aliments avec la muqueuse de l'estomac, les modifications de l'appétit rentrent dans la série des sensations troublées ; l'appétit est augmenté dans les hyperchlorhydries, diminué dans les hyperacidités lactique et acétique et souvent nul dans les anacidités. Les névroses gastro-intestinales déterminent plutôt des appétits capricieux ou des inappétences partielles ;

b) Les phénomènes gazeux, c'est-à-dire la pneumatose et les éructations s'observent dans la plupart des cas ; les gaz dans les névroses sont souvent formés par l'air avalé ; les gaz de décomposition sont le signe habituel de l'acidité lactique ou acétique, et non de l'acidité chlorhydrique ; ils déterminent la sensation douloureuse du pyrosis.

d) La digestion stomacale est parfaite dans les hyperchlorhydries pour tout ce qui est des viandes et des albuminates. Elle est mauvaise dans tous les cas d'acidité lactique ou acétique ; incomplète dans les anacidités. Si, au contraire, il s'agit de névroses, elle s'exerce complètement et normalement sur tous les aliments indistinctement.

d (*bis*) La digestion intestinale est connexe avec la digestion gastrique. Dans les hyperchlorhydries, elle se continue d'abord faible, puis com-

---

tion de leur ennui, à enchanter les autres de leur désenchantement, à colorer de poésie leur dégoût, à mêler même l'idée de la mort à celle de la volupté, pour les aiguiser l'une par l'autre.

Quant aux Parisiennes, je ne ferai qu'indiquer leur nervosité et leurs migraines, quelquefois complaisantes, je le veux bien; mais le plus souvent parfaitement vraies et surabondamment justifiées.

Il semble que les médecins, qui sont chargés d'apprendre l'hygiène aux autres mortels et de calmer leur effervescence, devraient prêcher d'exemple et avoir tout d'abord raison de leur propre déraison. — Leur vie devrait être harmonieuse, sereine et régulière, exempte d'orages, d'erreurs de régime et d'excès. — Or, c'est tout le contraire qui a lieu, au moins pour le plus grand nombre des médecins de la capitale. On ne rencontre pas parmi eux le bon docteur, à cheveux blancs, à la parole mielleuse et un peu traînante, que l'on a décrit dans les romans et peint dans les tableaux. — Il en existe encore des échantillons dans les bourgs les plus reculés, au fin fond des départements les plus deshérités ; mais à Paris les anciens eux-mêmes ont l'air d'être atteints de la danse de Saint-Guy ; ils marchent sans cesse ayant l'air d'avoir un crêpe sur l'âme ou d'être traqué par quelque ennemi invisible.

Les jeunes comme les vieux, après avoir monté avec trop de rapidité des quantités d'étages, prennent leurs repas à des heures indues, avec une fâcheuse précipitation. On les attend et ils ne se donnent pas le temps de digérer. — Ils justifient pleinement le dire de Flourens : L'homme ne meurt pas, il se tue ! — Que j'en ai vu mourir de confrères, à qui tout souriait, qui avaient devant eux un brillant avenir et qui ont succombé à la tâche ! Les maisons d'aliénés elles-mêmes offrent régulièrement à quelques-uns le repos qu'ils n'ont pas su prendre.

C'est vraiment navrant de voir des hommes de trente à quarante ans, arrivés à la période de la vie, où ils pourraient être le plus utiles à leurs semblables et à leur famille, être impitoyablement fauchés pour n'avoir pas su garder une juste mesure. Si tous ne meurent pas, comme les animaux malades de la peste, presque tous sont frappés. Je puis en parler sciemment, car tous les ans, des centaines de médecins viennent traiter à Vichy leur tube digestif délabré, sans compter ceux qui vont demander la santé aux naïades des autres stations thermales. On oublie toujours le conseil donné par le bon La Fontaine, dans la fable de l'homme qui court après la fortune et l'homme qui l'attend dans son lit :

........Heureux qui vit chez soi,
De régler ses désirs faisant tout son emploi !

plète, et se traduit constamment par la constipation. Dans les anacidités, la digestion intestinale est profondément troublée et provoque des alternatives de constipation et de diarrhée. Dans ces conditions, la situation devient grave parce que la véritable digestion et surtout l'absorption se font dans l'intestin. Tant que l'estomac est seul atteint, la guérison est possible, car l'intestin peut être considéré comme une succursale ; quand cet organe est pris, aucun autre organe ne peut le remplacer.

Dans les névroses gastro-intestinales, il n'y a d'abord que des phénomènes nervomoteurs ; la digestion intestinale reste intacte : mais plus tard, le gros intestin, par suite du séjour des matières plus ou moins décomposées, devient le siège de l'entérocolite muco-membraneuse, maladie grave qui exige des soins particuliers et un régime sévère.

e) Le dernier genre de phénomènes comprend les accidents éloignés, à savoir les vertiges, la peur des espaces, la migraine, les insomnies ou les somnolences, tous phénomènes d'ordre circulatoire. Ils s'observent fréquemment dans les deux groupes morbides. Il en est de même des palpitations, des oppressions. Il en est de même enfin du retentissement des dyspepsies et des névroses gastro-intestinales sur le cerveau et le système nerveux en général.

Le cannabis agit d'une manière constante pour faire cesser les sensations douloureuses et rétablir l'appétit, dans quelques conditions que les douleurs et les inappétences se produisent. Toutefois, si elles dépendent d'une hyperchlorhydrie, il est indispensable d'aider son action par l'usage de grandes doses de bicarbonate de soude à la fin de la digestion stomacale, c'est-à-dire quatre heures environ après l'ingestion des aliments.

Le cannabis n'a aucun effet sur les atonies et les dilatations de l'estomac ; celles-ci cèdent rarement, excepté peut-être à des moyens physiques comme le lavage stomacal et l'hydrothérapie ; il agit favorablement sur les spasmes de l'estomac et sur les vomissements d'ordre nervo-moteur.

Pas d'influence directe sur la production des gaz, mais une action utile sur leur élimination par l'estomac, sur les éructations, et plus utile encore sur les sensations pénibles qui se produisent sous le nom de pyrosis par les gaz de fermentation.

La digestion stomacale est favorisée par le cannabis, quand elle est ralentie par un état nervo-paralytique, ou douloureuse par l'hyperchlorhydrie. Il n'amène aucun amendement dans la digestion des anachlorhydriques ; c'est tout au plus s'il la rend moins pénible ; il ne la rend pas plus efficace. La digestion intestinale se prête aussi aux propriétés calmantes du cannabis.

Sur les phénomènes éloignés, tels que les vertiges, les migraines, les insomnies, les palpitations et même les dyspnées, le cannabis paraît bien agir, il parvient souvent même à annihiler ces pénibles incidents ; mais il ne modifie guère les dispositions nerveuses qui se traduisent par l'hypochondrie, ou l'hystérie ou la névro-asthénie, bien que ces états aient souvent leur point de départ dans les affections stomacales chimiques ou nerveuses.

Au résumé, le cannabis est le *véritable sédatif de l'estomac*, sans aucun des inconvénients des narcotiques comme l'opium et le chloral, des absorbants comme le bismuth, des sédatifs généraux comme le bromure de potassium, des paralgésiants comme l'antipyrine, des amers, de l'orexine qui ont des effets défavorables sur le tube digestif. L'action du cannabis réclame nécessairement le concours des autres méthodes curatives qui remplissent, comme les alcalins à haute do-

---

Et comme si ce n'était pas assez de cette fièvre quotidienne, pas assez des soucis professionnels, voilà qu'un grand nombre de nos confrères, oubliant leur ministère de paix, ne craignent pas de se mêler à la lutte farouche des partis, d'arborer le drapeau écarlate, de se consacrer en un mot à la politique, cette sirène aux caprices inexplicables, qui se plaît à dévorer ceux qui se sont donnés à elle.

La popularité est en effet une banque, dont le crédit n'est pas moins prodigieux que les faillites, et on peut dire que celui qui la recherche ne peut qu'aliéner pour toujours la paix de sa vie.

Que de haines accumulées autour des lutteurs, que de rivalités, de jalousies, de calomnies !

Je ne comprends pas, pour mon compte, qu'il y ait des gens assez audacieux pour oser tenir tête à ce déchaînement de passions aveugles, pour se lancer sans effroi dans l'arène, où viennent se mesurer les opinions contradictoires.

Qu'importe de décrocher une timbale quelconque à la foire aux vanités, d'être le président de quelque chose, d'être hissé sur un piédestal de carton, d'obtenir enfin un bout de ruban, si votre nom est traîné dans la boue par vos adversaires, par ceux qui ne pensent pas comme vous ?

Ah ! la folie des grandeurs, comme elle nous fait commettre des sottises et porte atteinte à notre sérénité !

Mais chut,..... maîtrisons-nous et concluons en disant :

Le médecin n'a rien de mieux à faire que de rester auprès de ses malades et de contribuer le plus possible au progrès scientifique.

Son dévouement doit être bienfaisant et impartial pour tous, et, lorsqu'il panse une plaie, il n'a pas à rechercher quelle est la nationalité ou la nuance de l'arme vulnérante.

C'était l'avis de Legrand du Saulle, de regrettée mémoire, que j'ai eu quelquefois l'occasion d'approcher et dont la droiture mérite d'être donnée en exemple. — Il pensait avec son grand bon sens que c'est une admirable profession que celle qui place un homme au-dessus de tous les événements qui troublent et ensanglantent son pays ; qui lui donne accès partout et lui procure l'occasion de faire également le bien partout ; qui lui permet de tout voir, de tout entendre et de garder le silence ; de ne trouver, dans les individus les plus égarés, les plus malheureux ou les plus coupables, que des malades dignes d'une égale sollicitude ; de n'être influencé par aucun des bruits du dehors et de pouvoir ausculter sans plus d'émotion le vainqueur et le vaincu, le mendiant sur son grabat ou l'archevêque de Paris dans son cachot et de recevoir de tous, les mêmes marques de déférence et le même remerciement !

Dr Grellety.

se, comme certains purgatifs, et plus rarement les antiseptiques, des indications précises ; elle exige surtout les règles du régime telles qu'elles ressortent des recherches récentes de la physiologie sur la connexité remarquable de l'estomac et de l'intestin.

M. *Dujardin-Beaumetz* a depuis longtemps reconnu l'instabilité des composés du cannabis, et l'impossibilité d'extraire une cannabine ; c'est ce qui lui a fait abandonner le médicament.

M. Dujardin-Beaumetz regrette que M. Sée n'ait pas parlé du condurango, dont la poudre donne de bons résultats dans le traitement des affections de l'estomac (1 gr. de poudre en cachet).

Il n'admet pas qu'il y ait des limites entre les gastrites et les névroses gastriques, et ne croit pas qu'on puisse se baser sur l'absence ou la présence de l'acide chlorhydrique libre pour établir ces limites.

M. *Hayem* repousse aussi l'opinion de M. G. Sée. Les 160 observations de dyspeptiques avec analyses complètes qu'il possède lui permettent d'affirmer que chez tous les dyspeptiques il y a des modifications très notables du chimisme stomacal. Dans six cas seulement, mais sur des malades qui avaient guéri d'une dyspepsie antérieure, il a trouvé un chimisme à peu près normal ; il y avait surtout des troubles mécaniques.

Pour lui toute dyspepsie se caractérise par des troubles d'origine chimique, d'origine mécanique et d'origine nerveuse, et les troubles nerveux sont plus ou moins prononcés, suivant l'impressionnabilité du sujet.

Il ne croit donc pas à l'existence de dyspepsie nerveuse à l'état isolé.

Moyens de reconnaître la ladrerie bovine produite par les cysticerques du tænia saginata malgré leur rapide disparition à l'air atmosphérique.

M. *Laboulbène* a fait récemment, à l'Académie des Sciences, une communication intéresssante au point de vue de la pratique ; car nos confrères de la campagne peuvent être consultés sur le moyen de discerner la viande infectée de ladrerie ; ils y arriveront par la connaissance du fait suivant :

Le 12 mars 1890, un veau de deux mois prend avec du lait tiède douze anneaux ou circurbitains de l'extrémité d'un long *tænia saginata*. Le 24 mars, nouvelle prise de vingt anneaux. Deux mois après, l'ablation d'un morceau de muscle fessier fait apercevoir entre les fibres musculaires des corps demi-transparents, allongés, constitués par des cysticerques très reconnaissables. Le 30 mai, le veau a été tué par un boucher et préparé comme s'il devait être livré à la consommation. Il a été examiné avec le plus grand soin en présence de MM. Guichard, Georges Pouchet et plusieurs personnes contrôlant ainsi l'observation les unes par les autres.

Les divers muscles examinés présentent des cysticerques ou grains de ladrerie depuis les muscles de la queue jusqu'à ceux qui meuvent le globe oculaire. Ce sont les muscles du cou, de la tête, les intercostaux qui paraissent le plus infestés. La moindre coupe pratiquée dans le sens des fibres fait reconnaître des kystes ; ils sont perceptibles aussi à travers les gaines aponévrotiques minces. La forme est allongée, variant de la grosseur d'un grain de chenevis à 6 et 8 millimètres. Il est très difficile de séparer par la dissection l'enveloppe kystique des fibres musculaires qui l'entourent. Le cysticerque renfermé dans son kyste en est facilement extrait quand on ouvre ce kyste avec soin et en exerçant une légère pression.

Dès que l'extraction a eu lieu, le cysticerque se montre extrêmement transparent avec une tache allongée, blanchâtre, dirigée de l'extérieur vers l'intérieur et formée par la tête invaginée, offrant à l'examen microscopique les quatre ventouses sans crochets.

Ce cysticerque, soit renfermé dans le kyste, soit libre, doit être mis dans l'eau ou un liquide approprié, sinon il s'affaisse, et devient de moins en moins visible par dessiccation. Il ne reste bientôt plus qu'une tache blanchâtre d'un demi-millimètre à un millimètre environ.

Le cysticerque se réduit ainsi lui-même au contact de l'air et devient à peine perceptible pour un œil non prévenu. Ce dessèchement rapide n'a pas lieu, si une couche aponévrotique recouvre le kyste. D'autre part, en fixant des épingles auprès des kystes et en laissant même dessécher au soleil un tranche de viande couverte de grains de ladrerie, il était toujours possible de retrouver le point blanchâtre répondant à la tête et permettant d'affirmer la présence du cysticerque.

En mettant de l'eau pure sur le kyste affaissé, celui-ci réapparaît. En enlevant des fragments de viande suspecte, même desséchée, et en les plaçant dans l'eau additionnée d'acide nitrique, les fibres musculaires et le cysticerque se gonflent et reprennent un aspect reconnaissable.

Pour rendre absolument inoffensive au point de vue de la production du Ténia inerme la viande de veau et de bœuf suspectée de cysticerques, il suffit de la faire cuire suffisamment. La viande bouillie ou rôtie, ayant éprouvé non seulement à la surface, mais aussi à l'intérieur, une chaleur de 50 à 60 degrés centigrades est assainie ; le cysticerque inerme ne peut supporter sans périr une pareille température. Quant à la viande crue employée dans un but thérapeutique, elle ne peut nuire par des cysticerques inaperçus ou méconnus, si elle est pulpée avec soin et passée à travers les mailles d'un très fin tamis.

Nouveaux remèdes contre la coqueluche.

M. *Talamon* passe en revue quelques remèdes nouveaux préconisés contre la coqueluche : d'abord le *bromoforme*, liquide assez analogue au chloroforme, moins irritant, expérimenté par Stopp, Critzmann et Heumann. On peut l'administrer dans une potion par cuillerée à café toutes les heures, ou bien, donner deux à quatre gouttes, trois à quatre fois par jour, dans une cuillerée à bouche d'eau, de manière à ne pas dépasser 12 gouttes par jour au-dessous d'un an, 16 gouttes de 2 à 4 ans, 20 à 25 gouttes de 4 à 8 ans.

Le bromoforme n'est pas sans danger ; après chaque prise, on note parfois un peu de somnolence. Dans un cas rapporté par Lowenthal, un enfant de 15 mois, qui prenait seulement 2 gouttes trois fois par jour, tomba dans un état comateux avec faiblesse du pouls et ralentissement de la respiration. C'est donc un médicament qu'il faut manier avec prudence.

L'ouabaïne est encore plus redoutable. C'est l'alcaloïde obtenu par cristallisation de l'extrait aqueux des racines de l'ouabaïo, plante dont les Somalis se servent pour empoisonner leurs flèches. C'est un poison cardiaque d'une puissance extrême ; un quart de milligramme suffit pour tuer un chien en arrêtant son cœur en systole. M. Talamon conseille avec raison de s'abstenir de l'essayer.

La *terpine* est d'un maniement moins périlleux et moins compliqué. Manassé (*Therap. Monatshefte*, 1890, p. 116) l'a employée dans 41 cas « avec les meilleurs résultats ». Chez les enfants au-dessous d'un an, elle a pu être prescrite sans inconvénients, jusqu'à la dose de 1 gr. 20 par jour. Dans la grande majorité des cas, la dose quotidienne de 1 gr. 20 à 2 gr. 30 a suffi pour diminuer en quatre ou cinq jours la marche et la violence des quintes et hâter la guérison de la bronchite concomitante.

On remarquera les doses élevées prescrites par Manassé. En France, on a considéré jusqu'ici que la dose quotidienne de 80 centigrammes à 1 gramme, est un maximum qu'il ne faut jamais dépasser chez l'adulte.

L'emploi de la terpine dans la coqueluche est rationnel. La terpine agit, en effet, comme calmant sur le système nerveux ; elle modifie, en même temps, les sécrétions bronchiques qu'elle tarit et dessèche ; elle jouirait même de propriétés antiseptiques, ce qui lui permettrait d'agir, non seulement sur les symptômes, mais sur la cause même de la coqueluche.

Le traitement par l'*acide sulfureux*, préconisé par un médecin norvégien, consiste à faire respirer à l'enfant les vapeurs qui se dégagent du soufre en combustion. On peut, comme Weisgerber (*Bull. gén. de thérap.*, avril 1890), faire brûler, matin et soir, 10 grammes de soufre en poudre dans une assiette et soumettre l'enfant, pendant une heure chaque fois, à l'action de l'acide sulfureux dégagé. Le gaz produit par la combustion de cette quantité de soufre dans une chambre de dix-huit mètres carrés environ n'est pas assez concentré pour déterminer d'autre trouble qu'une légère irritation du nez et de la gorge.

Le docteur Boury, d'après la *Semaine médicale* (2 juillet 1890), emploie un autre procédé. On prend du soufre en canon, autant de fois 25 grammes que cube d'air la chambre du malade. On fait brûler ce soufre dans un plat en terre ou en fer déposé au milieu de la chambre, dont on ferme toutes les issues. La pièce est ouverte au bout de cinq à six heures et aérée pendant cinq à dix minutes. On y introduit alors le malade et on l'y laisse toute la nuit. Ce traitement est renouvelé plusieurs jours de suite. Les quintes diminuent dès la première nuit, et au bout de dix, quinze ou vingt jours, la coqueluche a entièrement disparu.

M. Talamon conclut en donnant la préférence à la terpine, surtout si la coqueluche s'accompagne d'une sécrétion catarrhale abondante avec excès de mucosités bronchiques. On peut l'associer à l'antipyrine ou à la belladone quand les quintes sont intenses et répétées, par exemple sous la formule suivante :

Terpine..................	1 gramme à 1 g. 50
Antipyrine...............	1 gramme.
Sirop de fleur d'oranger..	50 grammes.
Eau de tilleul...........	60 grammes.

Pour un enfant de 4 à 8 ans, à donner par cuillerées à soupe dans les 24 heures. Ne pas oublier que la terpine est insoluble dans l'eau et qu'elle n'est qu'incomplètement dissoute par l'alcool et la glycérine que Vigier conseille d'ajouter à la potion.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De la procidence du cordon.

I

Le cordon ombilical fait *procidence, lorsqu'il s'engage au-dessous ou à côté de la partie fœtale qui se présente la première.*

Cette complication est une des plus redoutables qui puisse survenir pour le fœtus dans le cours du travail de l'accouchement : il importe non seulement d'agir pour que cette descente du cordon n'ait pas lieu, mais encore de savoir la reconnaître à temps lorsqu'elle s'est produite, afin d'intervenir utilement par l'un des procédés dont nous parlerons au sujet du traitement.

Est-ce un accident *fréquent* du travail ? Les statistiques présentent à cet égard des différences de chiffres assez fortes : sans parler de Manzoni, qui aurait eu la malechance de rencontrer une fois la procidence du cordon sur 22 accouchements, nous trouvons que la fréquence de la procidence est même exagérée dans les chiffres donnés par Stoltz (1 sur 53), par Hubert de Louvain (1 sur 69), par le professeur Tarnier (1 sur 86). Sans nul doute les chiffres donnés par ces auteurs sont exacts ; ils sont seulement majorés par un fait que l'on rencontre pour ainsi dire à chaque pas à propos de la statistique en obstétrique ; c'est que ces auteurs pratiquaient dans des Maternités où les cas de dystocie sont plus fréquents parce qu'un certain nombre de cas compliqués sont envoyés directement de la ville. Cependant, la statistique de Madame Lachapelle, qui elle aussi observait dans un centre d'enseignement, pèche peut-être en sens inverse, puisqu'elle n'indique qu'un cas de procidence sur 592 accouchements.

Les statistiques portant sur un nombre assez considérable d'accouchements sont celles de Schuré qui donne 1/265, de Churchill 1/221 ; nous admettrons comme proportion moyenne 1/225. Si nous insistons sur cette question de chiffres, c'est qu'à notre avis la procidence du cordon est un accident qui doit diminuer — qui diminue de fréquence à mesure — que se perfectionne l'art obstétrical.

Parmi les causes qui favorisent la procidence du cordon, il en est quelques-unes, en effet, que l'accoucheur peut faire disparaître, par exemple les présentations vicieuses.

II

Avant d'aborder les causes de la procidence, on peut se demander pourquoi le cordon, libre et flottant dans la cavité amniotique, n'est pas plus souvent entraîné avec la partie fœtale qui se trouve dans la partie déclive. C'est que le cordon occupe généralement le creux formé sur le plan antérieur du fœtus par son pelotonnement et qu'il ne peut en descendre facilement parce que le segment inférieur de l'utérus s'applique exactement sur la partie fœtale, surtout si c'est le sommet qui se

présente (Michaelis). D'une manière générale, toutes les fois que les différents facteurs qui concourent à l'accommodation utérine et pelvienne du fœtus sont normaux, la procidence du cordon est exceptionnelle ; c'est dire qu'on l'observera surtout lorsqu'il y a une anomalie du côté de l'utérus, du bassin ou de l'œuf.

Ainsi, lorsque l'utérus manque de tonicité et ne coiffe pas d'une manière parfaite la partie fœtale, la procidence du cordon est possible ; c'est dire qu'on l'observera plus souvent chez les multipares, chez les grandes multipares que chez les primipares. Les viciations pelviennes agissent dans le même sens en empêchant l'engagement de la partie fœtale et en favorisant les présentations vicieuses ; lorsque, dans un bassin rétréci, certains diamètres sont agrandis (par exemple le diamètre transverse dans le bassin plat rachitique), le cordon aura de la tendance à glisser à l'une des extrémités libres du diamètre transverse.

L'hydropisie de l'amnios agit d'une double façon : l'excès de liquide empêche le fœtus de s'accommoder et laisse le champ libre au cordon ; de plus, au moment où les membranes se rompent, même lorsqu'il y a présentation du sommet, le cordon est facilement entraîné par le flot de liquide qui s'écoule avec rapidité. Aussi, dans les cas d'hydropisie de l'amnios, faut-il surveiller avec soin la rupture des membranes et examiner la femme aussitôt après ; lorsque l'accoucheur rompt les membranes, il doit modérer l'écoulement du liquide en laissant pendant quelques instants la main dans les parties génitales et en s'assurant que la partie fœtale s'engage et qu'elle ne s'accompagne point d'anse du cordon.

La longueur exagérée du cordon, son excès de volume et, d'autre part, sa gracilité favorisent sa procidence pour des raisons qui se devinent facilement ; lorsque le placenta s'insère sur le segment inférieur, il agit dans le même sens, d'une part en gênant l'accommodation pelvienne et d'autre part en abaissant pour ainsi dire l'insertion placentaire du cordon.

Mais ces dernières causes n'agissent guère qu'autant qu'il y a défaut d'accommodation pelvienne. Le fœtus, lorsqu'il est de petit volume, distend incomplètement le segment inférieur de l'utérus et laisse un peu de place pour le cordon ; la grossesse gémellaire est à signaler à ce point de vue, puisque les jumeaux sont généralement de volume inférieur à la moyenne et qu'ils ne s'accommodent pas toujours parfaitement.

« Toutes les présentations autres que le sommet, dit le professeur Tarnier (1), peuvent encore devenir des causes de procidence, parce que les inégalités qu'elles offrent donnent au cordon la facilité de s'échapper par l'espace laissé libre. La face et le siége, par leurs circonférences irrégulières, s'adaptent évidemment moins bien sur le segment inférieur de l'utérus que le sommet. Celui-ci, en se présentant d'une manière inclinée ou irrégulière, pourrait encore préparer le même accident. La présentation du tronc est celle qui s'accompagne le plus souvent de procidence parce qu'elle agit avec une double influence : d'une part en laissant à son pourtour des espaces libres par lesquels peut glisser le cordon, d'autre part en rapprochant l'ombilic et avec lui le cordon de l'orifice utérin ; aussi est-ce dans les présentations du tronc que la procidence a été le plus souvent observée ».

(1) Dict. de méd. et de chir. pratiques, article Cordon.

La procidence d'un membre fait appel pour ainsi dire à la procidence du cordon, elle lui ouvre la voie ; aussi n'est-il point rare de voir ces deux complications coexister.

Dans certains cas, c'est l'accoucheur qui favorise pour ainsi dire la procidence du cordon, soit en faisant des tentatives maladroites de version (Depaul), soit en provoquant l'accouchement.

Enfin, on a signalé la fréquence de la procidence du cordon lorsque les eaux s'écoulent en abondance, la femme étant debout.

III

La procidence du cordon peut se produire à tout moment du travail, que les membranes soient intactes ou rompues.

Dans le premier cas (procubitus du cordon) le doigt sent surtout dans l'intervalle des contractions, à travers les membranes, un petit corps arrondi, peu volumineux, nettement distinct de la partie fœtale, et animé de pulsations fréquentes, analogues comme rythme aux pulsations fœtales. On ne peut guère affirmer l'existence d'une procidence du cordon que lorsqu'on a constaté ces battements ; c'est dire que lorsque le fœtus est mort, le diagnostic de la procidence n'est pas facile à faire : il est vrai qu'il ne présente alors que peu d'intérêt.

Il est certaines causes d'erreur qu'il suffit de se rappeler pour les éviter : il ne faut pas prendre pour des battements de la tige funiculaire les pulsations utérines ou vaginales (pouls vaginal d'Osiander) ; parfois le doigt appliqué sur les membranes a pu confondre le cordon avec une des ramifications artérielles du cordon qui viennent s'y ramifier ; le petit volume et l'immobilité des vaisseaux éclairent le diagnostic. — Il est généralement facile de distinguer le cordon d'un petit membre procident ou des irrégularités que l'on rencontre parfois à la surface des membranes épaissies.

Quand les membranes sont rompues (prolapsus du cordon), il n'y a plus guère d'erreur possible ; si le cordon est dans le vagin, il est généralement facile de le prendre entre les doigts, d'en reconnaître les caractères principaux et d'en sentir les battements ; lorsque le cordon a dépassé la vulve et fait saillie au dehors, la vue permet de le reconnaître facilement. Dans certains cas de procidence incomplète du cordon, cette complication peut passer inaperçue ; lorsque la partie fœtale est encore élevée, le doigt ou les deux doigts peuvent avoir de la difficulté, surtout chez les primipares, à atteindre une anse de cordon procidente ; il faut savoir que le cordon, qui peut faire procidence au niveau des différents points du pourtour du bassin, glisse plus volontiers au-devant de l'une des symphyses sacro-iliaques ou derrière l'éminence iléo-pectinée. C'est en ces points qu'il faut d'abord le rechercher lorsqu'on craint une procidence, par suite de l'état de souffrance du fœtus (ralentissement des bruits du cœur, liquide amniotique verdâtre teinté par le méconium).

Un point de diagnostic important, c'est de savoir si le fœtus est mort ou vivant : dans certains cas l'état du cordon permet de trancher la question. S'il fait procidence hors la vulve, s'il est rougeâtre, mou, et même verdâtre, flétri, refroidi, si l'on constate pendant un certain temps l'absence de pulsations, on peut presque à coup sûr

affirmer l'arrêt de la circulation inter-utéro-placentaire, et la mort du fœtus. Toutefois, la disparition des pulsations funiculaires n'a d'importance que lorsqu'elle est constatée dans l'intervalle des contractions utérines.

D'autre part, il ne faut pas confondre avec de véritables pulsations l'ondée sanguine très manifeste qui gonfle parfois les vaisseaux ombilicaux au début d'une contraction et qui est due au reflux du sang chassé du placenta. On pourrait croire à tort à la vie du fœtus, alors qu'il est mort depuis longtemps.

Pour affirmer l'état de vie ou de mort du fœtus, il faut tenir compte, sans aucun doute, de l'état du cordon, mais c'est surtout l'auscultation des bruits du cœur du fœtus qui permet de trancher la question. C'est à elle que nous avons eu heureusement recours dans un cas de présentation de l'épaule avec procidence du cordon où nous fumes appelé il y a quelques années par deux confrères et une sage-femme pour pratiquer la version par manœuvres internes. De graves intérêts pécuniaires étaient en jeu: toute une fortune dépendait de la naissance d'un enfant vivant. La femme, tertipare, était en travail depuis plus de 8 heures; on avait senti le cordon depuis un certain temps en état de procubitus dans la poche des eaux; la poche des eaux était rompue depuis 4 heures et c'est à ce moment que le cordon s'était précipité hors la vulve. La sage-femme affirmait que le cordon battait encore peu d'instants avant notre arrivée ; nous ne pûmes constater aucun battement ni aucun soulèvement du cordon. Avant de commencer l'opération, nous pratiquâmes avec soin l'auscultation, l'enfant était mort. Notre conviction étant formelle sur ce point, nous ne voulûmes commencer l'opération que lorsque confrères et sage-femme eurent constaté et affirmé avec nous la mort de l'enfant après avoir ausculté avec un stéthoscope que j'avais apporté par précaution. L'événement ne nous donna que trop raison: nous pûmes extraire sans trop de difficulté une fille qu'une heure et demie d'insufflation et de soins de toute sorte ne purent ramener à la vie.

IV

D'ailleurs, lorsque la femme est en travail, que les contractions utérines sont fortes et rapprochées et que le cordon procident est comprimé, le fœtus ne tarde pas à succomber : après dix ou quinze minutes de compression toute chance de rappeler l'enfant à la vie est à peu près perdue.

Comment succombe le fœtus dans le cas de procidence du cordon? Les anciens accoucheurs, Smellie, Osiander, Guillemot et même Velpeau incriminaient l'influence du froid sur le cordon procident hors la vulve : le sang se coagulait dans les vaisseaux ombilicaux : d'où arrêt de la circulation. Cette théorie n'a plus cours aujourd'hui : tous les accoucheurs admettent que le fœtus meurt par asphyxie par suite de la compression des vaisseaux du cordon et de l'interruption de la circulation inter-utéro-placentaire : on a longtemps discuté pour savoir si la compression portait sur la veine plutôt que sur les artères ; la disposition des vaisseaux du cordon ne permet guère d'admettre une compression partielle.

La procidence du cordon est dangereuse pour le fœtus : Stoltz a vu 52 enfants mourir sur 56 dont le cordon faisait procidence ; Depaul donne une proportion de 67 % de mortalité ; le Professeur Tarnier a observé 19 enfants vivants sur 29 cas de procidence. Le pronostic varie d'ailleurs beaucoup suivant les conditions dans lesquelles se fait la procidence :

C'est ainsi que l'endroit du bassin où glisse le cordon influe sur le pronostic : si la procidence se fait dans la partie postérieure du bassin, au voisinage des symphyses sacro-iliaques, le cordon a moins de chance d'être comprimé que s'il est en rapport avec la moitié antérieure du bassin. De même lorsque le cordon « descend sur l'une des tempes, il est moins exposé à la compression que lorsqu'il répond au front ou à l'occiput (Tarnier) ».

C'est surtout dans les cas de présentation du sommet que la procidence du cordon est grave ; heureusement qu'elle est rare dans ces conditions. Le cordon a moins de chance d'être comprimé lorsque le fœtus se présente par le siége ou par l'épaule que lorsqu'il y a présentation de la face.

Le pronostic varie aussi suivant l'époque du travail où se fait la procidence : lorsque les membranes sont rompues, le danger est d'autant moindre que le travail est plus avancé et qu'on peut intervenir plus facilement. De plus, d'une manière générale toutes les conditions qui rendent rapide l'accouchement (contractions énergiques, bassin large, parties génitales souples, etc.), atténuent la gravité du pronostic. En revanche, il faut redouter particulièrement la procidence du cordon dans les cas d'inertie utérine, de travail lent, d'orifice utérin rigide, lorsque le bassin est étroit, le vagin et la vulve résistants, etc. C'est surtout dans ces conditions que l'intervention de l'accoucheur doit être judicieuse et habile.

V

Lorsque le cordon procident appartient à un fœtus mort avant ou pendant le travail, cette complication n'a guère d'importance : on peut agir comme s'il n'y avait pas de procidence. Mais il n'en va pas de même lorsque le fœtus est vivant ou lorsqu'on n'a pas la certitude de la mort de l'enfant : ici il faut intervenir, d'une manière différente suivant l'époque du travail à laquelle la femme se trouve, mais il faut intervenir et souvent l'accoucheur aura la satisfaction de sauver la vie de l'enfant. C'est à tort que de La Motte, Smellie, Levret, Baudelocque se laissaient aller au découragement et considéraient comme inutiles les tentatives de réduction du cordon, car des opérateurs habiles, en même temps qu'heureux, ont pu avoir 27 succès sur 29 tentatives de réduction (Michaelis).

Lorsqu'on constate la présence du cordon dans les membranes intactes, que faut-il faire ? Les uns, s'appuyant sur ce fait que la compression du cordon est rare tant que la poche des eaux est intacte, essaient de retarder le plus possible la rupture des membranes ; ils s'abstiennent donc de toute tentative de réduction et pratiquent le moins possible le toucher ; la femme reste couchée, le siège relevé ; on n'intervient que lorsque la poche des eaux est rompue.

Quelques accoucheurs, Hubert (de Louvain), Ritgen, Thomas (de New-York) ont cherché à obtenir la réduction en faisant mettre la femme sur le dos ou sur le côté, en la faisant soulever de telle sorte que

le fond de l'utérus soit le point déclive. Theobold (1860), convaincu des succès qu'on peut obtenir au point de vue de la réduction du cordon par l'attitude donnée à la femme, pense que la meilleure manière est de faire tenir la femme sur la tête ; mais, se rendant compte des difficultés pratiques de ce traitement, il se contente de faire tenir la femme accroupie sur les coudes et les genoux.

D'autres auteurs (Osiander, Michaëlis, Hüter) ont tenté avec succès de repousser le cordon à travers les membranes ; le Pr Tarnier conseille également d'agir dans l'intervalle des contractions et de repousser le cordon avec deux doigts ou avec la main entière, si la dilatation est suffisante ; on agit avec précaution pour ne pas déchirer les membranes, quitte à recourir à la réduction ordinaire si la poche vient à se rompre.

Lorsque les membranes sont rompues, la situation diffère suivant l'état de l'orifice utérin et l'époque du travail : lorsque l'orifice est complètement dilaté ou suffisamment dilatable, il faut terminer le plus rapidement possible l'accouchement, par le forceps dans le cas de présentation du sommet, par la version dans les cas de présentation de l'épaule et dans les présentations de la face non engagée dans l'excavation. Lorsqu'on a recours au forceps dans les cas de procidence du cordon, il importe plus que jamais de se conformer aux préceptes formulés par le Pr Pinard de pénétrer profondément avec la main, de n'appliquer une branche du forceps que lorsqu'elle est guidée par la main de l'opérateur. Mais lorsque la dilatation de l'orifice utérin est insuffisante pour permettre l'extraction du fœtus, la situation est plus critique : il faut essayer de réduire le cordon à l'aide de la *main* ou des *instruments*. On introduit deux ou trois doigts dans l'orifice utérin et on repousse peu à peu le cordon en le réduisant portion par portion ; quelquefois le cordon repoussé ne redescend pas ; mais souvent la procidence se reproduit et l'opérateur est obligé de recommencer le même travail. Le défaut de dilatation empêche la main de pénétrer assez complètement : on peut porter le cordon à une hauteur suffisante dans l'utérus pour qu'il ne redescende pas. C'est ainsi que le conseil donné par Croft d'accrocher l'anse ombilicale à l'un des membres du fœtus est plus théorique que pratique en raison des difficultés que l'on éprouve à faire pénétrer la main dans l'utérus.

C'est pour obvier à cet inconvénient que les accoucheurs se sont ingéniés à inventer des instruments destinés à réduire le cordon prolabé : ils reposent presque tous sur le même principe, porter le cordon le plus haut possible dans l'utérus et l'abandonner là en retirant l'instrument réducteur. Le nombre de ces instruments témoigne de leur imperfection : nous ne signalerons que les deux plus simples, celui de Dunan et celui de Schœller modifié par Tarnier.

La méthode de Dunan consiste à prendre le cordon dans une anse de ruban dont on noue les deux bouts. Une partie de cette anse est engagée dans l'œil d'un cathéter élastique muni d'un mandrin qui maintient le ruban. Lorsque le cordon est ainsi fixé au cathéter, on le porte dans la cavité utérine ; on retire le mandrin d'abord, puis la sonde et on abandonne le cordon ombilical. Cet appareil a l'avantage d'être à la disposition de tous les praticiens.

L'instrument de Schœller se compose d'une tige de baleine courbée à son extrémité en demi-anneau ; parallèlement à cette tige, se trouve une seconde tige que l'on fait glisser contre elle. Quand on la fait glisser en haut, le demi-anneau se trouve fermé par elle ; quand on l'abaisse, le demi-anneau est ouvert. On place le cordon dans le demi-anneau ouvert que l'on ferme ensuite ; on porte l'instrument au fond de l'utérus ; on ouvre l'anneau et le cordon se dégage. C'est pour faciliter ce dégagement et pour empêcher le cordon d'être entraîné par l'instrument lorsqu'on le retire, que Tarnier a ajouté au demi-anneau une petite ficelle qu'il suffit de tendre pour que le cordon soit repoussé sûrement.

Cet instrument est bon, mais n'est guère employé que dans les Maternités où on a un arsenal instrumental complet. Aussi croyons-nous que c'est le plus souvent avec la main qu'il faudra tenter la réduction du cordon : avec un peu d'habileté et de persévérance, on y arrive presque à coup sûr. Si cependant on échoue dans les tentatives de réduction ou si le cordon redescend, on peut encore essayer de le protéger contre la compression à l'aide de la main introduite dans les parties génitales.

Enfin, il faut se rappeler que la procidence du cordon sera d'autant plus rare que les femmes seront examinées avec soin pendant le grossesse et qu'elles seront surveillées particulièrement lorsque la partie fœtale ne sera pas engagée !

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

Exercice de la pharmacie par un médecin ; erreur ; empoisonnement mortel.

L'*Union pharmaceutique* du 15 juin dernier a emprunté au *Républicain orléanais* du 18 avril dernier, le fait d'un empoisonnement : « Chapelon. — « On nous écrit de Chapelon que la veuve « Miguet, âgée de 70 ans, est morte empoisonnée « après avoir absorbé du laudanum. Ce médica- « ment, nous dit-on, lui aurait été apporté par le « facteur. Une enquête est ouverte pour établir « exactement à qui incombe la responsabilité de « cette mort. »

« En effet, il résulte de cette enquête que la veuve Miguet a été empoisonnée par suite de l'ingestion accidentelle du contenu d'un flacon qui ne lui était pas destiné.

« Voici quelques détails sur ce déplorable événement :

« La susnommée était atteinte d'une bronchite et soignée au domicile de son gendre, M. Guérin, par le docteur S..., de Ladon, lequel, dans la soirée du 3 mars dernier, quittait la malade en disant aux époux Guérin qu'il leur enverrait dès le lendemain un flacon dont le contenu devait être pris par cuillerée, de deux heures en deux heures.

« Dans la matinée de ce lendemain, le facteur remettait un flacon *sans étiquette* aux époux Guérin, qui en donnèrent une partie, suivant la prescription du médecin, à la veuve Miguet.

« Dans la soirée de ce même jour, le même facteur remettait encore un autre flacon, également *sans étiquette*, aux enfants de la malade qui, déjà, constataient l'aggravation de l'état de leur mère.

« A la fois intrigués et inquiets de l'envoi de ces

deux fioles et ne sachant plus de laquelle donner à la patiente, ils envoyèrent à la hâte chercher le docteur S... qui déclara, en voyant la malade et les deux flacons, que la veuve Miguet était empoisonnée. Malgré tous les soins qui lui furent prodigués, il n'a pas été possible de lui sauver la vie.

« Les deux flacons venaient bien de Ladon, mais le second seul était destiné à la mère des époux Guérin ; quant au premier, celui dont une partie du contenu avait été absorbée par la malade, il avait été envoyé par le docteur B. à l'instituteur du pays et destiné à être employé en frictions contre des douleurs, c'est-à-dire qu'il ne devait servir qu'à l'usage externe.

« Si ces fioles avaient chacune porté une étiquette indiquant leur mode d'emploi, cette déplorable méprise n'aurait pas eu, c'est probable, une suite ausi funeste.

« Hâtons-nous de dire que les époux Guérin vivaient en très bonne intelligence avec leur mère et qu'on ne peut imputer la mort par empoisonnement de la veuve Miguet qu'au dépôt fait chez ses enfants, par inadvertance, mais de bonne foi, d'un médicament qui ne lui était pas destiné, lequel dépôt s'est trouvé compliqué d'une fatale coïncidence. »

Nous reproduisons ce récit sous réserves et nous serions très étonnés que nos confrères soient assez négligents pour délivrer des médicaments *sans étiquettes*.

La loi leur en fait une obligation absolue et d'ailleurs, la loi ne l'édicterait-elle pas que le sentiment de leur responsabilité, l'humanité, les obligent à des précautions méticuleuses dans leurs envois.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale tenue à Vesoul le 6 juin 1890.

Présidence de M. le docteur COILLOT

La séance est ouverte à dix heures et demie.

Membres présents : Chambre Syndicale, MM. Coillot, *Président* ; Clément, *Vice-Président* ; Voisard, *Trésorier* ; Maussire, *Secrétaire* ; Massin, Stourme, Spindler, Schurrer, Bontemps, *Délégués*.

MM. Goudot, Signard (*arrondissement de Gray*) ; Paris, Groz, Mosmann, Henri, Gauthier, Miroudot, Dupont (*arrondissement de Lure*) ; — Guillaume, Pitoy, Delerse, Racine, Blandin, Guilleminot, Tournier, Doillon, Mouchotte (*arrondissement de Vesoul*).

Membres absents qui se sont excusés par lettres ou télégrammes : MM. Fournier, Richard, Loiselot, Gourdan-Fromentel fils, Guyot.

Conseil judiciaire de l'Association : M. Grillon, avocat.

L'Association a perdu trois de ses membres : M. Boucon, médecin à Pesmes, mort au commencement de l'année ; M. Clerc, médecin à Fretigney, et le docteur Brunswich, de Vauvillers, qui quitte le département.

Admissions. — M. le docteur Glanchard, médecin à Vesoul, et M. Bedon, médecin à Noroy-le-Bourg, demandent à faire partie du Syndicat, et sont admis à l'unanimité.

Le nombre des membres de l'Association s'élève à cinquante-cinq.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT COILLOT.

Messieurs et honorés Confrères,

Par un malentendu que je cherche encore en vain à m'expliquer aujourd'hui, j'ai, pour la première fois depuis que j'ai l'honneur de faire partie de votre Association, manqué à la réunion générale du 6 septembre 1889. Je vous en fais mes plus humbles et plus sincères excuses, et j'ose espérer que vous voudrez bien les agréer. Malgré cette absence involontaire et d'autant plus intempestive que j'étais votre vice-président, vous n'avez pas hésité à me conférer la Présidence de votre Association pour l'année 1890. Je vous en fais mes remerciements les plus vifs, les plus cordiaux.

Vous avez, du reste, rendu ma tâche facile, puisque je n'ai reçu d'aucun de vous aucune communication, aucune plainte qui aurait pu nécessiter la réunion de la Chambre syndicale pour mesures disciplinaires ou autres. C'est donc avec un vrai sentiment de plaisir que je constate les bonnes relations de confraternité qui n'ont cessé de régner entre vous depuis votre dernière réunion. Espérons qu'il en sera toujours de même et que le Syndicat des Médecins de la Haute-Saône continuera de marcher dans la voie de la concorde et de la bonne et vraie confraternité.

Il est vrai qu'à la fin de 1889 et au commencement de 1890, et même jusqu'à ce jour, a régné et règne encore une épidémie qui nous a singulièrement occupés tous et n'a guère laissé de loisirs aux agitations, aux querelles professionnelles. Ce serait peut-être le cas de citer le proverbe : « A quelque chose malheur est bon. » Mais j'aime mieux croire que le travail auquel nous avons tous été astreints plus que de coutume a fortifié en nous les facultés supérieures au détriment des passions mesquines, qui ne trouvent leur terrain de culture que dans l'oisiveté, et si j'osais faire une comparaison pour parler le langage du jour, je dirais que les microbes pathogènes de la profession ont été dévorés par de bienfaisants phagocytes.

Mes Confrères, qui exercent à la campagne, savent comme moi combien peu d'heures nous pouvons consacrer aux travaux de cabinet ; nos Confrères de la ville, mieux partagés sous ce rapport, voudront bien excuser la brièveté de cette allocution, et nous permettront d'aborder immédiatement l'ordre du jour qui fait l'objet de notre réunion.

Mort de M. Boucon.

Un de nos confrères, M. Boucon, médecin à Pesmes, est décédé dernièrement. Je laisse à notre Secrétaire le soin de le rappeler à votre souvenir.

Décoration de MM. Racine et Voisard.

Le Corps médical de la Haute-Saône a été, depuis notre séance de l'année dernière, honoré de deux décorations dans les personnes de nos chers et bien aimés Confrères Racine et Voisard, tou-

jours si assidus à nos réunions, toujours si dévoués à notre Association depuis de longues années. Permettez-moi de leur en faire mes compliments les plus sincères.

Et, maintenant, aux affaires !

Je commencerai, Messieurs, par vous faire connaître le rapport du docteur Massin, Président du Cercle syndical de Gray, puis je donnerai lecture d'une partie de l'étude du docteur Baudin, de Besançon, relativement aux modifications à apporter au tarif d'honoraires en matière criminelle, ainsi que du rapport, sur le même sujet, du docteur Motet, au nom d'une Commission nommée par l'Association générale des Médecins de France, et composée de MM. Brouardel, Lannelongue, Dufay, Vannesson et Motet. Je dirai ensuite quelques mots sur la question : indemnité de maladie, pour terminer par la lecture du rapport du projet de loi sur l'Assistance publique gratuite.

Rapport de M. Massin.

Messieurs et honorés Confrères,

Depuis notre dernière réunion, une jurisprudence nouvelle concernant les Syndicats professionnels a été inaugurée par la neuvième Chambre du tribunal civil de la Seine, le lundi 10 mars 1890.

On sait qu'une loi de 1884 a autorisé les membres d'une même profession à se constituer en Syndicats.

Cette loi aurait rendu de grands services si la magistrature n'en avait paralysé l'action en posant en principe que la loi sur les Syndicats ne s'appliquait pas aux professions libérales.

Contrairement à cette jurisprudence étroite qui refusait aux Médecins le droit de se constituer en Syndicats, la neuvième Chambre du tribunal civil de la Seine a rendu un arrêt d'où il résulte que la loi de 1884 comprend, par la généralité de son texte, toutes les professions. Du reste, notre ministère actuel partage entièrement cette manière de voir, et Monsieur le Ministre de la justice notamment, dans une circulaire récente adressée aux procureurs généraux, invite ces magistrats à provoquer l'avis des Associations médicales et des *Syndicats médicaux* sur la question du tarif des expertises médico-légales, qui est, disons le en passant, actuellement inférieur à celui des vétérinaires.

Il n'y a pas que la question des expertises médico-légales qui soit sur le tapis ; deux autres questions de même importance seront bientôt résolues ; je veux parler de l'indemnité de maladie et de la revision de la *législation*.

Cette dernière sera probablement discutée sous peu au Parlement. Quant à l'indemnité de maladie, il est à croire qu'elle aura bientôt aussi une solution favorable, car elle est à l'ordre du jour de l'Association générale des Médecins de France, qui, comme toute Société de secours mutuels, doit avoir pour but l'indemnité de maladie, si elle tient à conserver le caractère de bienfaisance confraternelle que lui ont imposé ses fondateurs primitifs, et à créer une œuvre de droit. Il faut bien reconnaître que si l'Association générale n'a pas prospéré comme elle aurait dû le faire, c'est qu'elle n'a rien à offrir à l'immense majorité de ses adhérents, et qu'avec l'indemnité de maladie, elle attirerait à elle plus des trois quarts des Médecins.

Pour bien faire connaître l'état où en est cette question de l'indemnité de maladie, nous allons citer textuellement les paroles de M. Cézilly à une séance du 14 avril dernier tenue par l'Association générale des Medecins de France.

« Je demande à M. le Président de vouloir bien « soumettre au vote de l'Assemblée la nomination « d'une Commission formée parmi les membres du « Conseil général, devant laquelle seront appelés, « à titre consultatif, tous les Médecins qui se « sont particulièrement occupés de la question. »

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée, et, à la contre-épreuve, quatre voix seulement repoussent la proposition Cézilly.

Pour en revenir à la question qui nous a occupés il y a deux ans, nous dirons qu'en 1888, la mortalité des enfants du premier âge a atteint le chiffre de 13 % ; il a été pourvu à cette énorme mortalité par des infractions incessantes à la loi Roussel. M. l'Inspecteur des enfants assistés de notre département prétend que le nombre des décès de 5 à 6 % est contesté, mais il nous permettra pourtant bien de ne pas révoquer aussi facilement en doute la parole de M. Monod, directeur de l'Assistance au Ministère de l'intérieur, qui, contrairement à cette assertion, dans sa campagne pour la préservation de la santé générale, sollicite avec la Société de médecine publique un *cadastre sanitaire*, pour nous mettre à même de nous défendre vis-à-vis des maladies de l'intérieur aussi énergiquement que nous le sommes à la frontière contre celles du dehors.

Le rapport qui vous a été lu l'année dernière au sujet de l'Inspection médicale dans les écoles primaires et de la revaccination des élèves qui les fréquentent a été déposé aux archives départementales. Nous prierons donc encore une fois ceux de nos Confrères qui font partie du Conseil général de vouloir bien s'occuper de cette importante mesure, qui est appliquée dans presque tous les départements.

Dans son compte rendu, le docteur Massin rappelle que son rapport de l'année dernière sur l'Inspection médicale dans les écoles primaires et la revaccination des élèves qui les fréquentent a été déposé aux archives départementales. Le vœu qu'il émet de prier les Médecins membres de l'Assemblée départementale de vouloir bien s'occuper de cette importante mesure n'a pas été pris en considération par cette Assemblée, parce qu'à la session d'avril les questions budgétaires ne sont pas traitées.

Rien ne s'oppose à ce qu'on présente de nouveau ce rapport à la session d'août au point de vue susvisé. Dans le cas où la majorité des Membres du Syndicat de la Haute-Saône jugerait que l'indemnité accordée par les communes pour la vaccination est suffisante pour couvrir aussi les frais de revaccination dans les écoles, le vote du Conseil général se bornerait alors à prier M. le Préfet de prendre les mesures nécessaires pour arriver au but proposé par l'honorable docteur Massin. (*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

On est de notre avis en Amérique : que l'exercice de la pharmacie convient mieux aux femmes, par sa sédentarité, que celui de la médecine. Dans le Far West, on signale l'existence de plusieurs *pharmaciennes diplômées*. Nous sommes étonnés

que l'*Ecole de pharmacie* ne compte pas, jusqu'àce jour, un plus grand nombre d'étudiants du sexe féminin. Le diplôme de pharmacien de 2me classe ne comportant pas de baccalauréats, ce serait une carrière ouverte pour beaucoup de jeunes filles pourvues de leur brevet, ayant déjà des notions de chimie et très aptes aux méticuleuses, mais régulières opérations pharmaceutiques.

— Si les Etats-Unis innovent en ce qui concerne les pharmacies, ils fabriquent, à la vapeur, chaque année quatre mille médecins. Aussi commencent-ils à s'en trouver assez mal. Nous avons 12.000 médecins en France et nous en faisons chaque année six à sept cents. — Nous estimons à juste titre que nos trente-huit millions d'habitants ont assez de médecins. L'Amérique peut se plaindre, elle qui avec 60 millions d'habitants possède cent mille praticiens de toute provenance.

— Par décret, en date du 19 juillet 1890, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 29 mars 1890, le legs fait par la dame veuve Béhier, née Adèle Aumont, d'une somme de 30.000 francs pour la fondation d'un prix biennal.

Ce prix portera le nom de « Prix Béhier » et sera décerné au meilleur travail, imprimé ou manuscrit, sur une question de pathologie médicale.

— *Réglementation de la prostitution à Paris.* — Il sera ouvert un asile sanitaire dans lequel seront envoyées les femmes reconnues malades par les médecins du *dispensaire municipal*.

Cet asile ne pourra être, ni comme emplacement, ni comme régime, confondu avec la prison de Saint-Lazare, ni avec aucun autre établissement pénitentiaire.

Il y a lieu de fonder pour les filles mineures en état de vagabondage immoral, originaires du département de la Seine, un établissement spécial qui devra être rattaché au service des moralement abandonnées.

Une infirmerie spéciale pourra y être annexée et devra recevoir les filles mineures se livrant d'habitude à la prostitution et reconnues atteintes de maladies vénériennes.

— *Médecine et université.* — Les étudiants étrangers inscrits dans les facultés françaises seraient au nombre de 822 pour Paris ; 17 Bordeaux ; 3 Lille ; 53 Montpellier ; 4 Nancy et 15 dans les écoles secondaires.

Il paraîtrait que *Berlin* ne compte que 331 étudiants étrangers et *Vienne* 140. Ceci paraît bien étrange lorsque tous les médecins qui ont fréquenté ces deux villes et les autres centres médicaux de l'Allemagne, proclament l'affluence considérable des étudiants de diverses parties du monde.

On a fait observer que probablement le *relevé officiel* de la Faculté de Paris considère comme inscrits, des étrangers qui passent quelques jours à Paris et visitent les hôpitaux. Il faut bien en rabattre! Les facultés françaises sont délaissées par les étudiants étrangers.

Peu inclins à médire des institutions de notre pays, nous ne pouvons, cependant, ne pas reconnaître que notre enseignement médical est vicié par l'absence de professeurs voués uniquement à l'enseignement. Tous sont absorbés par le soin, par les exigences de leur clientèle ; il n'y a pas ou peu d'enseignement libre, etc., etc.

Et voilà maintenant que les facultés de province déjà peu favorisées, veulent se multiplier, se transformer, les facultés, en universités ; les écoles en facultés. C'est une course au clocher, où le dernier mot restera à la politique, si le gouvernement n'y met bon ordre.

Si les *universités* qu'on veut créer, dotées de la personnalité civile, deviennent riches, elles seront un peu moins sous la tutelle de l'Etat, elles éviteront peut-être l'écueil qui les attend, du favoritisme, des familles titulaires de tous les emplois, si on veut une première fois donner (en ce qui concerne la Faculté de médecine, dans l'université) la parole aux suffrages des médecins. Ils devraient être représentés au conseil de la Faculté. Comme ce sont eux qui comme pères de famille, comme contribuables, font les frais des remaniements incessants opérés à tort et à travers par le *conseil supérieur*, ils devraient être admis à ce conseil, en bon nombre, et seraient les juges du camp.

Sûrement alors la Faculté trouverait avec leur intervention le moyen d'éviter les ridicules épreuves, parfois imposées, 10 et 15 années de suite, aux aspirants aux hôpitaux. On ne verrait plus des concours de 68 candidats pour trois places. Une fois admissible, on n'aurait plus à subir que les dernières épreuves et celles-ci seraient plus brillantes.

On verrait bien d'autres réformes et il est temps qu'elles s'accomplissent, puisque l'on proclame partout que rien ne va et qu'on doit aviser ! Des juges désintéressés il en faut au conseil supérieur, comme partout.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Prises contre la dyspepsie des féculents.

Malt pulvérisé...........	10 grammes.
Pancréatine.............	5 —
Chlorure de sodium......	2 —

F. s. a. 10 paquets. Conserver à l'abri de l'humidité.

Prendre un paquet aussitôt après le repas et un second 4 heures après.

P. L. G.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4, PARIS

Place de l'Ecole-de-Médecine.

Cours de thérapeutique hydro-minérale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur, professeur libre d'hydrologie médicale à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année — N° 33 — 16 Août 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE.

Revision de la loi de l'an XI sur l'exercice de la médecine.

Nous avons encore une fois l'espoir d'arriver à la discussion du projet de loi Chevandier, à la rentrée des Chambres, si le budget n'absorbe pas tous les instants des députés.

Il convient, en conséquence de reproduire, dans son intégrité, le projet du gouvernement. Nous nous permettrons quelques commentaires.

Le *Comité consultatif d'hygiène*, rapporteur M. *Brouardel*, est l'inspirateur du projet gouvernemental. Ce comité avait été déjà bien mal inspiré, lorsque de concert avec M. *Lockroy* il maintenait les deux ordres de médecins. Devant les réclamations unanimes du corps médical, il est venu à résipiscence. Il nous donne satisfaction.

Mais ce qu'il y a de particulier dans ses décisions, c'est qu'il passe sous silence et qu'il supprime du projet de la Commission de la Chambre, du projet Chevandier, les deux ou trois paragraphes les plus essentiels, ceux qui touchent tous les intérêts du médecin des campagnes. Nous regrettons vivement de ne pas posséder le procès-verbal des séances du comité. Nous aurions mis bien volontiers sous les yeux de nos lecteurs les arguments des membres de la commission qui a rédigé le rapport, commission composée de MM. Bergeron, Bourneville, Chatin, Cornil, Dupré, Gavarret, Grancher, Martin, H. Monod, Nicolas, Proust et Regnauld.

Ils remarqueront que parmi ces maîtres aucun d'entre eux n'a fait une étude spéciale des intérêts véritables des médecins de province.

Pourquoi alors ne disent-ils pas les graves raisons qui les ont obligés à repousser, à éliminer du projet Chevandier les articles suivants, que la *Commission du Concours médical* avait spécialement recommandés à l'examen des diverses commissions; articles qui, avec l'unification du diplôme, faisaient l'objet essentiel de nos revendications persévérantes !

Articles éliminés :

Article 20. *Le délit d'exercice de la médecine sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle à la diligence du procureur de la République.*

Ensuite *l'article* 15 : *Les médecins bénéficieront à partir de la promulgation de la loi, du droit de se constituer en Associations syndicales, dans les conditions de la loi du* 21 *mars* 1884.

Sûrement le Comité consultatif d'hygiène, qui voit les choses de trop haut, ignore que de 1882 à 1884, il s'est fondé, en France plus de *cent syndicats médicaux* ; que les médecins de province ne veulent pas être mis hors la loi de 1884 ; qu'ils ont été déçus par les interprétations de la magistrature, malgré la volonté des Chambres et du gouvernement.

Voudraient-ils nous donner les raisons pour lesquelles ils ont supprimé l'article 15 ?

Le projet gouvernemental, inspiré par le Comité, supprime également les *mesures transitoires favorables aux officiers de santé*, que le projet du *Concours médical* avait préparées, pour rendre plus rapide l'unification des titres.

Le Comité allègue en faveur de cette suppression des motifs que nous ne pouvons accepter.

Heureusement que la commission parlementaire ne partage pas l'avis de M. *Brouardel*.

Son projet diffère de celui du gouvernement et il maintient nos revendications. Le rapport sera déposé par M. *Chevandier*, à la rentrée de la Chambre, et nous le publierons.

Que M. le doyen de la Faculté veuille bien se persuader que nous tenons absolument aux trois points signalés.

Qu'il veuille bien faire remarquer aux membres du Comité consultatif qu'on ne fait pas le bonheur des gens sans leur assentiment.

Cet assentiment sera d'autant plus difficile à obtenir que le projet de loi que nous publions innove sur un point d'une très haute portée ; l'article 17 dit, en effet, que : *sous les peines portées à*

l'article 27, le médecin est tenu de faire, à l'autorité la déclaration des maladies transmissibles.

Nous avons consulté nos correspondants. Cet article est grave pour le médecin, les opinions sont divergentes. Devons-nous l'accepter ? Devons-nous le repousser ? Ou, s'il était adopté par les Chambres, devons-nous nous soustraire à son application, en invoquant, ce qui est facile, quelle que soit sa rédaction, le secret professionnel ?

Et voilà le Comité consultatif, qui, *pour obtenir du corps médical cette énorme rançon* d'une pénalité nouvelle suspendue sur notre tête, supprime du projet de loi, sans motif à l'appui, les articles qui nous tiennent le plus à cœur.

Ce qui nous rassure, c'est que le comité consultatif d'hygiène s'est déjà déjugé, à bref intervalle, au sujet de l'unification des titres.

Il reviendra sur ses décisions. Mais néanmoins le mal est fait en partie, puisque le gouvernement s'est prononcé sur ses conseils.

Au comité consultatif, comme dans tous les comités et conseils supérieurs, les praticiens ne sont jamais représentés. On édicte, on légifère en leur nom et on les blesse inconsciemment.

A. C.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine présenté actuellement par le gouvernement.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Messieurs,

La Chambre des députés a été saisie, dans la précédente législature, d'un projet de loi portant revision de la législation sur l'exercice de la médecine. Ce projet, dont les dispositions avaient été élaborées par le comité consultatif d'hygiène publique de France, avait pour but de donner satisfaction à des vœux souvent répétés et de réaliser des réformes impérieusement réclamées depuis plus d'un demi-siècle.

D'autre part, une proposition de loi relative à l'exercice de la médecine avait été présentée par M. le docteur Chevandier et plusieurs de ses collègues.

La commission chargée d'examiner ces deux projets avait accepté, presque sans changement, la proposition de M. Chevandier. Elle s'était prononcée notamment pour la suppression de l'officiat de santé dont le gouvernement demandait le maintien. Mais le rapport présenté au nom de cette commission n'a pu être discuté avant l'expiration des pouvoirs de la Chambre.

Depuis lors, la promulgation de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée a créé une situation nouvelle. Cette loi et le décret du 23 novembre 1889 relatif à son exécution ne stipulent aucune dispense pour les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue de l'obtention du diplôme d'officier de santé.

L'obligation du service militaire est venue créer les plus sérieux obstacles au recrutement des médecins de cet ordre. En conséquence, le gouvernement a pensé qu'il y avait lieu d'appeler le comité consultatif d'hygiène publique à procéder à une étude complémentaire du projet. Les nouvelles dispositions adoptées par cette assemblée ont été expliquées dans un rapport présenté par M. le professeur Brouardel.

Le comité n'a pas maintenu l'officiat de santé et a fait cesser le désaccord qui existait sur ce point entre le projet de la commission de la Chambre et celui du gouvernement.

« Avant d'obtenir le diplôme d'officier de santé, dit M. le professeur Brouardel, les étudiants devront faire trois ans de service militaire, puis quatre années d'études médicales. Ils ne pourront exercer la médecine avant 27 ou 28 ans.

« Exposer cette situation nouvelle créée par la loi du 15 juillet 1889, c'est déclarer que l'officiat de santé a vécu. »

Le gouvernement n'a pas hésité à se ranger à cet avis. Il lui a paru que les officiers de santé ne remplissaient pas le but qu'avait en vue le législateur de l'an XI. Ces praticiens avaient été institués principalement pour assurer l'assistance médicale dans les campagnes. Aujourd'hui ils affluent dans les villes.

L'absence des médecins du second ordre dans les campagnes a déjà été signalée par M. Brouardel dans un rapport fait en 1873 au nom du conseil général de l'association des médecins de France. Le rapporteur critiquait en même temps l'institution des officiers de santé et les restrictions mises par la législation à l'exercice de leur art. « Les officiers de santé, disait-il, sont moins nombreux que les docteurs dans les campagnes, et si le contraire était vrai, il faudrait encore repousser le second ordre de médecins. Si l'on conçoit que le médecin d'une ville populeuse puisse avoir sur certains points une éducation médicale incomplète par-

FEUILLETON

CONFÉRENCE

Faite en séance générale au *Congrès international de médecine de Berlin,*

par M. le professeur Ch. BOUCHARD.

Essai d'une théorie de l'infection.

Maladie. — Guérison. — Immunité. — Virus-vaccin.

Il est possible, je crois, de formuler aujourd'hui une théorie systématique de la maladie infectieuse avec ses accidents locaux ou généraux, de la guérison, de l'immunité acquise et de l'immunité naturelle.

En face de ces conceptions qui visent l'homme ou l'animal, on peut donner aussi la théorie de la virulence et de l'atténuation : ce qui a trait aux microbes. Avant d'aborder cette synthèse, il est nécessaire d'analyser les procédés par lesquels les microbes peuvent influencer un organisme animal et les moyens par lesquels l'organisme animal peut agir sur les microbes.

PROCÉDÉS PAR LESQUELS L'ORGANISME ANIMAL INFLUENCE LES MICROBES.

Il est des espèces animales dont le corps, à l'état vivant, ne peut pas permettre le développement de certains microbes ; d'autres espèces sont particulièrement favorables à la vie de certaines bactéries. Entre ces termes extrêmes, on observe des degrés innombrables dans l'immunité et dans la réceptivité.

L'impossibilité où se trouve tel microbe d'attaquer tel organisme animal ne tient pas nécessairement à la vie de ce dernier, car dans les tissus et dans les humeurs d'animaux rendus réfractaires, on peut constater que le développement de certains microbes est devenu difficile, parfois impossible, même quand ces tissus sont pris sur l'animal mort, même quand ces humeurs extraites de l'organisme sont filtrées et débarrassées de toute cellule.

Mais il est des circonstances où la vie de l'animal a une influence manifeste sur la difficulté qu'éprouve le microbe à l'envahir. Je n'en veux pour preuve que ce simple fait : un animal vivant est réfractaire à une bactérie, qu'elle soit ou non pathogène pour tout autre animal ; il meurt et ses tissus ou ses humeurs se trouvent être un excellent milieu de culture pour cette bactérie. Donc, l'immunité est quelquefois liée à la vie, d'autrefois elle en est indépendante, c'est-à-dire que l'homme, comme les autres animaux, n'a pas une arme défensive unique contre les agents infectieux, qu'il assure contre eux son intégrité ou qu'il la rétablit par des procédés multiples.

Je n'ai pas l'intention de faire ici l'exposé et la critique des huit procédés, par lesquels on a imaginé que les animaux échappent aux entreprises des microbes. J'en veux retenir deux cependant, parce que sur ces deux porte aujourd'hui tout l'effort de la discussion, deux moyens de défense que, dans des vues exclusives, on s'efforce d'opposer l'un à l'autre ; tandis que — j'espère le démontrer — ils se trouvent toujours associés et se prêtent d'ordinaire un mutuel appui. Dans l'une des conceptions, l'immunité résulte d'une condi-

ce qu'il trouve à côté de lui un confrère pour l'assister et pour l'aider, à la campagne, au contraire, il faut que le médecin soit complètement instruit. Il doit agir seul, sans appui, sans conseil. Accepter dans la loi que ce praticien sera précisément celui qui pourra avoir une instruction insuffisante, aller jusqu'à lui défendre de faire des opérations, c'est montrer que le législateur, peu instruit des choses de la médecine, n'a compris ni le rôle du médecin, ni les nécessités qu'un accident peut lui imposer, quelle que soit la loi, quelle que soit son instruction antérieure. En présence d'un homme que seul il peut sauver, le médecin doit agir, c'est pour lui un devoir supérieur à toute législation. Si la loi avait eu les effets que désirait le législateur, si les médecins des campagnes étaient des officiers de santé, il en résulterait que légalement et scientifiquement les habitants seraient, dans certains cas, dans l'impossibilité d'être secourus. »

En réalité, le nombre des officiers de santé diminue, d'année en année, aussi bien dans les villes que dans les campagnes.

On en trouve la preuve dans le mouvement des diplômes délivrés à ces praticiens de 1803 à 1888.

ANNÉES	NOMBRE de diplômes	MOYENNE
1803 à 1808........	1.423	237
1809 à 1818........	2.850	285
1819 à 1828........	2.853	285
1829 à 1838........	2.897	289
1839 à 1848........	2.475	247
1849 à 1858........	1.837	183
1859 à 1868........	1.014	101
1869 à 1878........	985	98
1879 à 1888........	980	98

Le même fait ressort du dernier relevé statistique du nombre des médecins, publié en 1887 par M. le ministre du commerce. Le chiffre des officiers de santé, qui était de 3.209 en 1881, s'est abaissé en 1886 à 1.794, soit une diminution de 1,415 praticiens

Cet ordre de praticiens tendait donc à disparaître avant même que la loi militaire vînt faire échec à leur recrutement. Il n'y a pas lieu de s'en étonner.

A l'origine en effet, les aspirants à l'officiat de santé n'étaient pas astreints à étudier dans des écoles de médecine. Il suffisait qu'ils produisissent des certificats attestant qu'ils avaient suivi pendant cinq ans la pratique des hôpitaux ou pendant six ans celle d'un docteur en médecine, pour avoir le droit de se présenter devant des jurys de département.

Les examens passés devant ces jurys ne donnaient d'ailleurs que des garanties très insuffisantes. Le diplôme était facilement obtenu. Mais depuis lors le régime scolaire et les examens auxquels les candidats sont soumis ont été plusieurs fois et complètement modifiés. Ils doivent aujourd'hui recevoir l'enseignement dans des facultés ou dans des écoles de médecine. La durée des études, qui précédemment n'était que de trois ans dans les écoles, a été portée à quatre ans. A la fin de chacune des trois premières années les candidats subissent un examen. Le niveau des études s'est élevé successivement et leur instruction professionnelle tend à égaler celle des docteurs en médecine.

Pendant que la différence entre les médecins des deux ordres tendait à disparaître, il était à prévoir que le nombre des officiers de santé diminuerait, tandis que celui des docteurs en médecine deviendrait plus considérable.

C'est ce qui a eu lieu, ainsi qu'en témoigne le mouvement des diplômes de docteurs délivrés de 1795 à 1889.

ANNÉES	DOCTEURS en médecine	DOCTEURS en chirurgie	TOTAL
1795 à 1808........	2.519	93	2.612
1809 à 1818........	3.045	128	3.173
1819 à 1828........	3.843	57	3.900
1829 à 1838........	3.236	31	5.267
1839 à 1848........	4.070	11	4.081
1849 à 1858........	4.181	8	4.189
1859 à 1868........	4.129	7	4.136
1869 à 1878........	5.344	»	5.344
1879 à 1889........	6.808	»	6.808

---

tion statique, c'est-à-dire chimique, de l'organisme, dans l'autre, elle est assurée par une condition dynamique, par la participation de la vie, par la mise en jeu d'activités cellulaires. J'ai nommé *l'état bactéricide* et le *phagocytisme*. Chacun de ces deux procédés est réellement un moyen de défense de l'organisme et se montre utile soit pour empêcher le développement de la maladie, soit pour activer sa terminaison favorable. Aucun des deux, pris isolément, n'est capable de garantir ou de rétablir l'intégrité de l'économie. C'est, en général, par le concours et l'association des deux procédés que l'immunité est assurée ou que la guérison s'effectue.

Des deux procédés de défense, l'un est général, je pourrais dire universel, c'est le phagocytisme; l'autre est accessoire et contingent, c'est l'état bactéricide. Mais nous verrons bientôt que, dans l'immunité acquise, c'est grâce à l'état bactéricide seulement que le phagocytisme peut s'effectuer et que, sans l'état bactéricide, il n'y aurait ni guérison, ni vaccination, la tendance au phagocytisme, l'effort curateur se trouvant entravé ou empêché, jusqu'au moment où s'opère la transformation chimique des humeurs de l'individu malade. A ce moment, le milieu étant changé, la bactérie pathogène va se modifier à son tour et perdre l'une de ses propriétés par laquelle elle avait su se soustraire jusque-là à l'action destructive des cellules animales. L'importance de l'état bactéricide, cette condition de défense que je dis accessoire et contingente, grandit en face du phagocytisme, que je disais être le moyen de protection général, universel.

Il se trouve que le phagocytisme, qui est une fonction constante dans l'état de santé, ne l'est plus dans l'état de maladie et qu'il ne s'exerce que contre les microbes non pathogènes ou contre les microbes pathogènes atténués. Sans doute. Mais qu'est-ce qui fait qu'un microbe n'est pas pathogène ? C'est souvent, comme je vais bientôt l'établir, qu'il est dépourvu d'une certaine sécrétion, dont le produit empêche les vaisseaux de laisser sortir les leucocytes. Et qu'est-ce qui fait qu'un autre microbe est pathogène ? C'est souvent qu'il possède cette sécrétion, dont le produit s'oppose à la diapédèse et par conséquent au phagocytisme.

Phagocytisme.

Dans toute la série des êtres du règne animal, une détérioration locale provoque dans la partie lésée ou menacée une accumulation des cellules mésodermiques qui affluent vers le foyer du mal et le circonscrivent, qui englobent et dissolvent quelquefois les particules nuisibles. Ce rôle, chez les vertébrés, est accompli par des cellules capables de migration, par les globules blancs du sang ou par les leucocytes de la lymphe ; il est complété par les cellules fixes de certains tissus. L'acte primordial, c'est donc la sortie des cellules blanches du sang ou de lymphe en dehors des espaces où elles sont normalement contenues.

Le passage des globules blancs du sang des vaisseaux dans les interstices du tissu environnant, quand il se fait avec quelque abondance, est toujours un acte pathologique provoqué par une irritation locale de la partie dans laquelle s'opère la diapédèse. Les par-

Cet accroissement est très notable pendant les vingt dernières années ; rien n'indique qu'il doive se ralentir. La suppression de l'officiat de santé aura certainement pour effet d'entraîner vers le doctorat un certain nombre de candidats qui veulent se consacrer à l'art médical et qui, en d'autres temps, auraient pu se contenter du diplôme du second ordre. Il est donc permis d'espérer que les docteurs en médecine se substitueront graduellement aux officiers de santé et qu'ils pourront, avec une meilleure organisation des services de la médecine et de l'assistance publique, assurer aux populations des campagnes comme à celle des villes des soins médicaux sur toute l'étendue du territoire de la République.

Le gouvernement a tenu à vous exposer les motifs de sa détermination sur cette importante question de l'officiat de santé. Si désireux qu'il soit d'étendre l'assistance médicale et de favoriser l'augmentation du nombre des praticiens, il lui a paru qu'il n'était point possible de soutenir une institution dont on a demandé à maintes reprises la suppression, qui est aujourd'hui condamnée par la force des choses et qui ne saurait plus être défendue.

Le gouvernement n'a point hésité non plus à suivre la commission chargée, sous la précédente législature, d'examiner les projets relatifs à l'exercice de la médecine dans la proposition qu'elle avait faite de rendre obligatoire la déclaration par le médecin des cas de maladies transmissibles. Il a pensé, comme le comité consultatif d'hygiène publique, que les éléments constitutifs du secret professionnel ne se rencontrent pas pour la presque totalité des maladies épidémiques et que « tout médecin doit être tenu de faire à l'autorité publique la déclaration des maladies transmissibles tombées sous son observation et n'engagcant pas le secret professionnel. »

Cette question est depuis longtemps à l'ordre du jour de toutes les assemblées médicales et elle a souvent fait l'objet des préoccupations des pouvoirs publics. Dans un grand nombre de pays étrangers (Angleterre, Suisse, Italie, Allemagne, Autriche-Hongrie, Pays-Bas, Etats-Unis) elle est réglée par la loi et l'exécution des mesures administratives qu'elle comporte ne donne lieu à aucune difficulté. En France, l'académie de médecine, le comité consultatif d'hygiène publique de France, l'association générale des médecins de France, nombre de conseils d'hygiène, de sociétés médicales dans les départements, le congrès international d'hygiène enfin, en ont fait l'objet de vœux explicites. Partout l'on est unanime à penser que cette déclaration est indispensable au fonctionnement des services d'hygiène publique.

Les médecins légistes eux-mêmes, — on le voit par le rapport de M. le président du comité consultatif d'hygiène publique de France, — reconnaissent que, pour ces maladies, les exigences du secret professionnel n'existent que très exceptionnellement et qu'elles ne sauraient faire obstacle à l'intérêt supérieur de la santé publique. D'ailleurs la législation et la jurisprudence actuelles mettent à cet égard le corps médical aux prises avec des difficultés qu'il devient nécessaire d'aplanir par des dispositions législatives. Le corps médical ne s'est jamais refusé à admettre que la société, en lui accordant certains privilèges, exige de lui quelques services et les médecins ont assez souvent payé de leur personne et de leur dévouement dans les épidémies pour qu'on soit certain qu'ils prendront volontiers leur part de responsabilité et d'action dans les mesures destinées à sauvegarder la santé publique.

La déclaration des cas de maladies transmissibles est donc l'une des charges même de la profession médicale et c'est répondre à la fois aux intérêts des médecins, des malades et de la société tout entière que de l'inscrire, comme on l'a maintes fois demandé, dans la loi sur l'exercice de la médecine.

Pour plus de garanties, un règlement d'administration publique fixera le mode de cette déclaration et arrêtera, après avis de l'académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France, la liste des maladies dont la déclaration devra être faite.

Sous le bénéfice de ces observations, nous avons l'honneur de soumettre à vos délibérations le projet de loi adopté par le comité consultatif d'hygiène publique de France, en nous référant aux explications contenues dans le rapport présenté à cette assemblée par son président, M. le professeur Brouardel.

PROJET DE LOI.

Le président de la République française,

Décrète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le ministre de l'intérieur, par le garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, par le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et par le ministre des affaires étrangères,

---

ticules solides ne provoquent pas seules la diapédèse; elle est également sollicitée par certaines substances liquides ou dissoutes, essences, diastases, alcaloïdes, *etc.* C'est par l'intermédiaire de telles substances que bon nombre de microbes, pathogènes ou non, déterminent la sortie des globules blancs en dehors des vaisseaux. A côté de cette diapédèse pathologique de globules blancs du sang à noyaux multiples, provoquée par l'irritation locale que déterminent certains microbes, il s'effectue normalement et constamment une migration de cellules lymphatiques à noyau unique vers la surface du tégument interne. Cela s'observe spécialement dans des points où, malgré l'intégrité du revêtement épithélial, des particules ténues et en particulier des microbes peuvent, sans effraction, passer de la surface muqueuse dans la profondeur du tissu sous-jacent ; cela a lieu dans les alvéoles pulmonaires, sur les amygdales, sur les plaques de Peyer.

Les microbes entrent, cela est indubitable, mais normalement ils ne vont pas au delà du fond du tissu lymphatique sous-muqueux ; et dès qu'on constate leur présence, même dans les interstices des cellules épithéliales, ils sont déjà inclus dans des cellules lymphatiques. Avec ces cellules, quand parfois elles rebroussent chemin, ils peuvent gagner la profondeur du tissu lymphoïde. En général, dans ce trajet, les microbes subissent une dégénérescence qui s'accuse davantage à mesure qu'ils s'éloignent de la surface épithéliale et qui peut aller jusqu'à la mort et même à la dissolution. Certains microbes pathogènes sont capables de franchir les surfaces pulmonaire ou intestinale saines et échappent à cette destruction ; mais par le mécanisme que je viens d'indiquer, l'entrée du sang dans les conditions normales, est interdite aux microbes si nombreux des cavités respiratoire et digestive, aux microbes non pathogènes d'abord, mais aussi aux pyogènes et au streptocoque capsulé de la pneumonie qui sont nos hôtes habituels et habituellement inoffensifs.

Hippocrate savait, et c'est une notion qu'il avait reçue en héritage de ce qu'il appelait déjà *l'ancienne médecine,* que le froid est cause de maladies aiguës, fébriles, nous dirions aujourd'hui de phlegmasies infectieuses, amygdalites, pneumonies, pleurésies, arthrites, etc. Le froid, dans ces cas, n'a pas apporté un microbe du dehors et n'a pas produit la solution de continuité par où aurait pu pénétrer l'une de nos bactéries familières ; mais il a pu troubler la série des actes par lesquels les cellules lymphatiques arrêtent et détruisent les microbes pathogènes, nos commensaux, quand ils tentent de forcer les barrières et de passer de nos surfaces tégumentaires dans nos tissus ou nos humeurs. Je pense avoir établi expérimentalement la réalité de cette interprétation.

Comme beaucoup d'autres j'ai vérifié l'exactitude de cette affirmation de Pasteur que le sang normal ne renferme pas de bactéries; mais j'ai réussi à provoquer, sans vulnération, l'apparition rapide de microbes dans le sang d'animaux sains en soumettant ces animaux à l'application des causes qui provoquent chez l'homme le développement des maladies infectieuses dites spontanées, de celles qui sont causées par

qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

ARTICLE PREMIER.

Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

ART. 2.

Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur dans les conditions prévues à l'article premier.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur la totalité des épreuves.

ART. 3.

Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français. Les diplômes et certificats d'études secondaires qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur médical.

ART. 4.

L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou du diplôme de dentiste, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique.

ART. 5.

Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

ART. 6.

Il est interdit aux sages-femmes d'employer les instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques.

ART. 7.

Les sages-femmes de première classe exercent leur profession sur tout le territoire de la République.

Les sages-femmes de deuxième classe exercent leur profession dans toute l'étendue du territoire, excepté dans les chefs-lieux de département, d'arrondissement et dans les villes dont la population agglomérée dépasse 10.000 habitants.

ART. 8.

Les docteurs en médecine, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Ceux qui changent de résidence ou qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis un certain temps, désirent se livrer à l'exercice de la profession médicale, doivent également faire enregistrer leur diplôme dans les conditions prescrites par le paragraphe précédent.

ART. 9.

Il est établi chaque année dans les départements, par les soins du préfet et de l'autorité judiciaire, des listes sur lesquelles figureront les docteurs en médecine, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, les dentistes autorisés par l'article 4 et par la disposition transitoire stipulée à l'article 14, et les sages-femmes dont les diplômes ont été enregistrés à fin d'exercice. Des copies certifiées de ces listes sont transmises aux Ministres de la Justice, de l'Intérieur et de l'Instruction publique, dans le dernier mois de chaque année.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée, chaque année, par les soins du Ministre de l'Intérieur.

ART. 10.

Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

ART. 11

Les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, établis au moment de la promulgation de

---

ces microbes pathogènes qui habitent nos cavités et qui restent inoffensifs jusqu'au jour où quelque cause banale rend possible leur pénétration et leur pullulation.

J'ai voulu d'abord agir avec le froid intense. Des cobayes sont plongés dans l'eau froide. En moins d'une demi heure, leur température rectale peut descendre à 31° et le plus souvent l'animal meurt, incapable de surmonter ce collapsus. Le sang des animaux soumis à cette brusque et intense réfrigération, semé sur milieux nutritifs est resté stérile. Je fis alors cette réflexion que la douche ou le bain froid ne sont pas chez l'homme cause de pneumonie, tandis qu'on voit cette maladie apparaître à la suite d'un refroidissement modéré, mais graduel et prolongé. Je provoquai alors la réfrigération chez un grand nombre d'animaux par le séjour dans la glacière, par la faradisation cutanée, par le vernissage.

Au bout de deux heures, chez un animal sur quatre, parfois chez un sur trois, une goutte de sang mise en culture donne des colonies bactériennes.

L'inanition qui n'a pas été prolongée au delà de vingt-quatre heures n'a donné que des résultats négatifs.

Dans une expérience de Charrin et Roger, où ils avaient pensé d'abord étudier l'action du surmenage, un cobaye maintenu pendant quatre heures dans une roue comparable à celles des cages d'écureuil et animée d'un mouvement continu de rotation, avait un sang tellement envahi qu'une seule goutte donna huit colonies bactériennes. Il ne s'agissait pas là de surmenage : l'animal avait été passif ; il n'avait pas couru, mais avait été roulé pendant quatre heures. L'action de la frayeur et des chocs avait provoqué un véritable état d'arrêt des actes nutritifs qui se traduisait par l'abaissement de la température. Au moment de la prise de sang, le thermomètre ne montait dans le rectum que jusqu'à 34°.

Les influences nerveuses inhibitoires entravent donc le phagocytisme normal qu'accomplissent, dans l'épaisseur du tégument interne, les cellules lymphatiques aux prises avec les microbes pathogènes qui vivent sur nos surfaces sans nous nuire. La suspension passagère de ce phagocytisme normal a pour effet de permettre à ces microbes de passer du poumon, du pharynx ou de l'intestin dans le sang. Nous verrons que des causes nerveuses du même ordre entravent aussi le phagocytisme pathologique, celui qu'accomplissent, dans l'intimité des tissus, les globules blancs du sang ; et que, du même coup, la maladie infectieuse s'aggrave ou se généralise.

Qu'on le considère dans les conditions normales ou dans les conditions pathologiques, le phagocytisme est l'une des manifestations de la *nature médicatrice,* l'un des modes de l'effort naturel préservateur et curateur. L'envahissement de l'organisme par certains microbes empêche, ou amoindrit, ou retarde cet effort. Cette entrave est l'une des causes qui rendent la maladie infectieuse *possible* ou *grave* ou *durable*.

(*A suivre*).

cette loi, ou reçus dans les conditions déterminées par l'article 13, continueront à exercer leur profession suivant les règles précédemment en vigueur.

Art. 12.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Art. 13.

Les élèves, qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 14.

Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 15.

Les sages-femmes de deuxième classe, exerçant au jour de la promulgation de la présente loi en vertu des dispositions antérieures, seront néanmoins soumises à toutes les prescriptions de la nouvelle loi qui les concernent. Toutefois elles sont autorisées à continuer l'exercice de leur profession dans les diverses communes du département où elles se trouvent établies, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme.

Art. 16.

Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine, sans avoir subi tous les examens, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois : elle est renouvelable.

Art. 17.

Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, dans un délai de vingt-quatre heures, la déclaration des cas de maladies transmissibles tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du Ministre de l'Intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration desdites maladies.

Art. 18.

Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens des hôpitaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

Art. 19.

L'action des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Les créances privilégiées sur la généralité des meubles, stipulées au troisième paragraphe de l'article 2101 du Code civil, y figureront désormais dans les termes suivants : « 3° Les frais quelconques de dernière maladie soignée par le médecin, quelle qu'en ait été l'issue. »

Art. 20.

L'exercice simultané de la profession médicale et de la profession de pharmacien est interdit, même en cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

Toutefois, tout docteur médecin ou officier de santé, exerçant dans les localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance moindre de 4 kilomètres, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements qui régissent ou régiraient la pharmacie, à l'exception de la patente.

Art. 21.

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé délivré conformément aux articles qui précèdent, ou de l'autorisation stipulée aux articles 14 et 16, prend part au traitement des maladies et des affections médicales ou chirurgicales ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou application d'appareils ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 5, 6, 7 et 15 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 14 de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. 22.

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les coupables pourront en outre être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.

Art. 23.

Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1.000 à 2.000 francs : en cas de récidive, elle pourra être portée au double et les délinquants pourront en outre être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.

Art. 24.

Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ;

2° L'officier de santé, le dentiste autorisé et la sage-femme munis d'un diplôme français, qui feraient précéder ou suivre leur nom de la qualité de docteur et exerceraient la médecine dans ces conditions.

Art. 25.

Est considéré comme ayant usurpé le titre d'officier de santé :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ;

2° La sage-femme munie d'un diplôme français et le dentiste autorisé qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

Art. 26.

L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par un docteur en médecine, par un officier de santé, par une sage-femme, en dehors des dispositions stipulées à l'article 20 de la présente loi, est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à un an.

Art. 27.

Les docteurs, officiers de santé ou sages-femmes qui n'auraient pas fait la déclaration prescrite par l'article 17 seront punis par une amende de 100 à 500 francs.

Art. 28.

Il y a récidive lorsque dans les cinq années antérieures le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

Art. 29.

Quiconque exerce la médecine sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 8 de la présente loi est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 30.

En cas de poursuites pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecins régulièrement autorisés, intéressés à la poursuite, peuvent se porter partie civile.

Art. 31.

L'article 463 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente loi.

Art. 32.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcés accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crimes de faux, pour vol ou escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 333, 334 et 345 du code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Art. 33.

L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25 et 26 de la présente loi.

Art. 34.

La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Art. 35.

Sont et demeurent abrogés :

La loi du 19 ventôse an XI ;

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI ;

Le 3° de l'article 2101 du code civil ;

Le dernier paragraphe de l'article 2272 du même code, en ce qui concerne seulement les médecins ;

Et généralement toutes dispositions de lois et règlements antérieurs contraires à la présente loi.

Art. 36.

La présente loi sera applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

Fait à Paris, le 5 juin 1890.

Le Président de la République française,
Signé: CARNOT.

Par le Président de la République :
Le Ministre de l'Intérieur,
Signé : CONSTANS.

Le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice et des Cultes,
Signé : A. FALLIÈRES.

Le Ministre de l'Instruction publique,
et des Beaux-Arts.
Signé : Léon BOURGEOIS.

Le Ministre des Affaires étrangères,
Signé : RIBOT.

MÉDECINE PRATIQUE

Valeur séméiologique et traitement des palpitations. Technique de l'examen du cœur.

I

S'il fallait énumérer tous les états morbides dans lesquels existe ce symptôme, il faudrait refaire ici les articles des Dictionnaires. Tel n'est pas mon dessein et pour beaucoup de causes. Je me contenterai, fidèle aux habitudes du journal, d'envisager quelques-unes des circonstances cliniques les plus fréquentes, en ayant surtout comme objectif de rappeler la technique à suivre pour remonter le plus vite possible du symptôme à sa cause sans s'égarer et de préciser les indications thérapeutiques.

Et d'abord l'*âge* et le *sexe* du sujet doivent engager le clinicien plutôt sur une piste que sur d'autres.

La première enfance ignore à peu près les palpitations, hormis le cas de *malformation cardiaque* ; les jeunes enfants sont incapables d'accuser ce symptôme, et si le médecin s'aperçoit d'une fréquence inusitée des contractions cardiaques avec impulsion exagérée et rythme désordonné, c'est par hasard en prenant le pouls, en inspectant la région précordiale, chez un enfant dyspnéique ou bronchitique, ou dont les lèvres et les ongles sont cyanosés.

Dans la seconde enfance, et surtout aux approches de la puberté au contraire, garçons et surtout fillettes, sont sujets aux palpitations et s'en plaignent, j'ajoute ce dernier terme, car il n'y a de palpitations qu'autant que les désordres de la contractilité cardiaque sont perçus à la fois par le malade et par le médecin.

Or, à cet âge, parmi les causes de palpitations les plus fréquentes il faut ranger une certaine gêne que subit le cœur quand il se développe proportionnellement plus vite que le thorax ; c'est l'état que M. G. Sée a baptisé hypertrophie cardiaque de croissance, bien qu'en réalité il n'y ait pas d'hypertrophie, il n'y a que suractivité fonctionnelle ; c'est chez les enfants portant des traces de rachitisme thoracique, à poitrine étroite, à sternum en carène qu'on rencontre souvent ces palpitations qu'on peut appeler *palpitations de croissance*. Cette suractivité fonctionelle, transitoire,— car au bout de quelques mois, d'un an ou deux l'équilibre s'est établi entre le contenant et le contenu, — peut-elle aboutir à l'hypertrophie vraie, à l'augmentation de volume de l'organe ? Je ne le crois pas, à moins de lésion orificielle méconnue. Ces palpitations apparaissent à l'occasion des efforts, des jeux quelque peu violents, de la course.

Puis viennent les palpitations de l'*anémie de la croissance* dans les deux sexes ou de la *chlorose* commençante chez les petites filles (anémie de puberté) : chez les enfants dont la croissance s'opère rapidement dans des conditions hygiéniques défectueuses, avec une alimentation mauvaise comme quantité ou comme qualité, avec une aération insuffisante, il existe certainement une anémie qu'on peut appeler de croissance ; car c'est le développement trop prompt de l'organisme avec des matériaux de mauvaise qualité qui engendre de mauvais globules sanguins.

Les autres signes de l'anémie seront recherchés chez les enfants de cet âge atteints de palpitations : la décoloration des muqueuses et des téguments, essouflement, anhélation facile en l'absence d'emphysème, appétit nul, capricieux, dépravé, névralgies diverses, céphalalgie. L'auscultation avec le stéthoscope fera entendre en général dans les vaisseaux du cou, un murmure plus ou moins bruyant, bruit de diable, de rouet, piaulement ou un véritable souffle systolique au niveau de la base du cœur, presque toujours à gauche du sternum, au niveau du 2e espace intercostal gauche, (c'est-à-dire au foyer de l'artère pulmonaire, souffle anémo-spasmodique de Constantin

Paul), plus rarement au foyer aortique, c'est-à-dire à droite du sternum. La numération des globules sur une goutte de sang pris par une piqûre d'aiguille à l'index donnerait d'utiles renseignements, si tout procédé de recherche nécessitant une instrumentation quelconque n'était à peu près impossible dans la pratique courante. J'en dirai autant de l'hémato-spectroscopie si ingénieuse de M. Hénocque et des autres moyens qui ont permis à M. Hayem de fixer avec une si grande précision la richesse du sang, dosage de l'hémoglobine, examen micrographique des caractères de la coagulation, du réticulum fibrineux, etc.

Les *troubles dyspeptiques*, cause si fréquente de palpitations chez l'adulte, existent plus souvent qu'on ne croit chez l'enfant. Seulement celui-ci ne s'en plaint pas autant ni aussi clairement que l'adulte ; du moins tant que sa dyspepsie n'est pas douloureuse. Il y a plusieurs raisons pour qu'il soit moins incommodé que l'adulte par la dyspepsie flatulente : des vêtements plus amples, moins ajustés, une plus grande activité physique après les repas et les distractions qui, en règle générale, ne permettent pas beaucoup aux enfants de s'analyser, détourne leur attention du ballonnement épigastrique et de la distension stomacale. Mais si on les examine physiquement, on constate que chez beaucoup de ceux qui accusent des palpitations et sont obligés de s'arrêter au milieu de leurs jeux à cause des battements de cœur, il existe une tympanite accentuée et que, soit par refoulement mécanique du diaphragme et du cœur, soit par une action réflexe dont le point de départ est l'estomac distendu, le cœur par ses contractions précipitées et tumultueuses trahit le trouble digestif. Une des causes fréquentes de la dyspepsie chez les enfants est, comme chez l'adulte, une diététique maladroite en ce qui concerne la *quantité des boissons*. Beaucoup d'enfants boivent trop en mangeant, et beaucoup aussi boivent entre leurs repas. Dans les lycées, aux récréations, le robinet de la pompe largement ouvert auquel les enfants de mon temps faisaient queue, les uns y accolant directement les lèvres, les autres plus raffinés y puisant avec *une petite tasse de cuir*, a été l'auteur de beaucoup de dilatations de l'estomac. Je crois que depuis quelques années l'administration universitaire a mis bon ordre à cette séculaire et funeste habitude. Chez les enfants qui ont de la dilatation de l'estomac en même temps que des palpitations il est fréquent de trouver cette névralgie intercostale bilatérale, que Chantemesse et Lenoir ont décrite et qui frappe le plus souvent les derniers nerfs intercostaux ; aussi ces enfants accusent-ils après les repas un point de côté double au niveau des hypochondres ou des derniers espaces intercostaux, quand la douleur n'existe que d'un côté, c'est généralement à gauche. C'est dans la période digestive que les palpitations de cause gastrique se produisent naturellement, même sans exercice physique.

Il y a encore, particulièrement chez les filles, mais souvent aussi chez les garçons un peu efféminés des grandes villes, des *palpitations purement névropathiques* ; la neurasthénie et l'hystérie ne sont pas rares de nos jours dans l'enfance, et, soit que le désordre de la motilité cardiaque dérive d'une paralysie du pneumogastrique (frein du cœur) ou d'une excitabilité anormale des filets du sympathique (éperon du cœur) résultant d'une inhibition d'origine cérébrale, chez les enfants névrosés les palpitations sont fréquentes. Chez ces enfants on constatera d'ordinaire un grand luxe descriptif des sensations. On ne relèvera pas chez ces enfants de rapport entre l'alimentation ou l'exercice et l'apparition de battements de cœur. Au contraire une émotion, une contrariété, une lecture attachante, bref une influence physique en sera la cause occasionnelle.

Je laisse de côté la *simulation ou l'exagération propres aux hystériques* petites ou grandes, qui les pousse si souvent à décrire avec force détails des sensations insignifiantes ou imaginées; il va de soi qu'on n'admet l'existence des palpitations que si on les a constatées soi-même tactu, visu et aure.

Mais chez les enfants A LA PUBERTÉ il ne faut pas négliger la recherche de l'*onanisme* comme cause de palpitations ; le facies et l'humeur des enfants, la surveillance étroite des parents seront des éléments du diagnostic. J'attache une certaine importance à la dilatation exagérée et habituelle des pupilles (quand les enfants ne sont pas myopes).

Je signale enfin le rapport admis par les auteurs entre les vers intestinaux et les palpitations de l'enfance ; mais le cas doit être rare.

Les palpitations chez les ADULTES depuis la jeunesse jusqu'à la maturité attirent notre attention vers différentes catégories de causes.

S'il s'agit d'une FEMME, la *grossesse* nous montre des palpitations d'ordre mécanique ou réflexe à point de départ utérin ; et dans les derniers mois de la gestation oblige à l'analyse immédiate des urines qui pourra déceler une *albuminurie*. Chez la femme, on pense surtout aux *affections utérines*, à la *lithiase biliaire*, à l'*hystérie*, particulièrement à celle qui apparaît à l'époque de la *ménopause*, sans compter l'abus du five o'clock tea.

Chez l'HOMME les intoxications par le *tabac* et l'*alcool*, l'usage abusif du *café* sont des indications qui viennent à l'esprit pendant l'interrogatoire.

J'ajouterai le *rhumatisme* et le *tempérament goutteux*.

Combien de femmes nous consultent pour une *douleur au cœur* accompagnée de crises de palpitations ! On peut déjà leur répondre presque avec certitude : si vous avez ordinairement de vives douleurs au niveau de la pointe du cœur, vous n'avez point de maladie du cœur. Le plus souvent il s'agit d'une *névralgie intercostale* du cinquième espace, et de l'ébranlement douloureux des parties molles de cet espace par le choc désordonné de la pointe.

L'existence de palpitations fréquentes avec une précipitation constante des contractions du cœur (tachycardie) chez une femme très nerveuse, plus rarement chez un homme, devra faire examiner attentivement l'état du corps thyroïde, qu'on pourra trouver augmenté de volume, et celui des yeux dont les globes oculaires peuvent être saillants, avec un éclat insolite et une fixité gênante du regard, une instabilité du caractère, des alternatives de diarrhée, de boulimie, des accès de toux quinteuse sans expectoration, un tremblement à petites oscillations rapides dont les caractères ont été bien précisés par Marie et une résistance exceptionnelle au courant galvanique (signe de Vigouroux), enfin tous les signes de la *névrose de Graves et Basedow* ; la co-existence de l'hystérie et de la neurasthénie n'est pas pour écarter le diagnostic du syndrome plus ou moins fruste

de *goître exophthalmique*, après les travaux de ces dernières années (Charcot, Ballet, etc.).

II

Quoi qu'il en soit, *il faut toujours examiner minutieusement le cœur des personnes qui se plaignent de palpitations,* ne fut-ce que pour pouvoir les rassurer efficacement en leur donnant la garantie d'un examen méthodique. Ici il n'est pas hors de saison de rappeler certaines règles indispensables dans la technique de l'examen du cœur.

Faire déshabiller le ou la malade de façon *que la région précordiale soit à nu* ; il va de soi qu'avec les femmes on procèdera avec une sage lenteur pour ne pas mettre en révolte une pudeur sincère ou exagérée. Fermeté et discrétion sont également de rigueur. Entre le médecin timide qui consent à ausculter à travers un corsage, voire même à travers un corset ! (je l'ai vu faire) et certain spécialiste célèbre, aujourd'hui disparu qui, dans sa vieillesse polissonne exigeait que les dames fussent dénudées *a capite ad calcem* pour leur dire si elles avaient ou non une maladie du cœur, il y a un juste milieu. Il faut *voir* la région précordiale (voussure exagérée, ondulations ou rétraction au niveau de la pointe, etc.) ; la *palper* avec la paume de la main pour rechercher les vibrations anormales, le thrill, et préciser avec le bout de l'index *dans quel espace intercostal bat la pointe, et si c'est en dehors de la ligne mamelonnaire.* Ne pas oublier que le premier espace intercostal commence au-dessous de la première côte et que, pour éviter de confondre avec lui l'espace sous-claviculaire il faut commencer à compter de haut en bas le long du bord gauche du sternum en prenant pour point de repaire l'articulation sterno-claviculaire.

Quand la pointe du cœur n'est ni abaissée ni déviée en dehors vers l'aisselle, il n'y a pas d'hypertrophie du cœur, et par conséquent l'existence d'une lésion du cœur comme cause des palpitations est déjà peu vraisemblable.

Mais c'est l'auscultation qui va trancher les hésitations si on en conserve. On ausculte le malade alternativement avec l'oreille à travers un linge fin et avec le stéthoscope à nu sur la peau au niveau des quatre foyers orificiels ; on ausculte le malade successivement couché et assis, on lui fait *suspendre* et *précipiter sa respiration* alternativement, on lui fait faire quelques pas dans la chambre, on lui demande de se baisser plusieurs fois pour accélérer par ces divers efforts les contractions du cœur, faire naître les palpitations si elles ne sont pas perceptibles. Après ces diverses épreuves, s'il existe une altération matérielle du cœur, on ne peut la méconnaitre.

Quand on met l'oreille sur la région précordiale au moment des palpitations, on est désorienté de prime abord par la violence et l'irrégularité des bruits et on ne distingue plus la systole de la diastole ; mais avec un peu de patience, en ayant toujours *l'index sur le pouls radial,* on arrive avec un peu de patience à analyser les bruits qui vous avaient d'abord dérouté. Deux questions sont à trancher : y a-t-il ou non un bruit de souffle, de roulement ou de piaulement ? Et ce bruit est-il le signe d'une lésion d'orifice ?

Une cause fréquente d'erreur qui n'est pas très connue, est l'existence d'un *timbre* particulier des bruits qu'on a appelé *auriculo-métallique*, et dont on a une idée assez exacte en se couvrant le pavillon de l'oreille avec la paume d'une main en même temps qu'on percute la face dorsale de celle-ci avec les doigts de l'autre main. Ce timbre vraiment métallique est très souvent constaté en même temps que des palpitations. On discute encore sa cause physique ; il est probable que ce timbre dérive dans certains cas du voisinage d'une cavité contenant de l'air sous une certaine tension et faisant caisse de résonance (estomac tympanisé ou lame pulmonaire emphysémateuse) et dans d'autres cas d'un état particulier de tension des muscles des piliers et des valvules auriculo-ventriculaires. En tout cas le timbre auriculo-métallique n'implique en aucune façon l'existence d'une altération du cœur. Il ne l'exclut pas non plus d'ailleurs, si on en trouve les signes caractéristiques ; mais par lui-même et à lui seul il n'a aucune signification.

Si on démêle au milieu du tumulte des bruits d'un cœur palpitant quelque chose qui ressemble à un souffle ou à un roulement, on attend que le cœur se soit un peu calmé et ralenti et on ausculte successivement les foyers de la base et de la pointe : je rappellerai brièvement que, pour les premiers, un bruit de souffle systolique, coïncidant avec le pouls radial, au niveau du foyer aortique (2e espace intercostal à droite du sternum) éveille l'idée de rétrécissement aortique ou d'anémie, — que, s'il est diastolique, alternant avec le pouls radial, au même siège, avec prolongement vers la partie inférieure du sternum et timbre aspiratif, il est l'indice d'une insuffisance des valvules aortiques ; — que le souffle systolique du foyer pulmonaire est l'indice d'un rétrécissement organique de l'artère pulmonaire (une rareté), ou un bruit d'anémie (C. Paul).

Pour la diastole, à ce foyer, un seul fait est à rechercher : existe-t-il un dédoublement du bruit diastolique, un des signes du rétrécissement mitral ?

Pour les foyers de la région sous-mamelonnaire, un souffle au niveau de la pointe du sternum et à droite de celle-ci est le signe de l'insuffisance tricuspidienne, de la dilatation du cœur droit ; — au niveau de la pointe du cœur, au-dessous ou en dehors du mamelon, un souffle systolique se propageant vers l'aisselle est le signe de l'insuffisance mitrale ; — le roulement qui précède la systole est l'indice du rétrécissement mitral ; — le souffle prolongé précédant la systole et la couvrant est la marque du rétrécissement de l'orifice mitral avec insuffisance de la valvule.

Enfin vers la partie moyenne de la région précordiale, commençant un peu après la systole, disparaissant ou s'atténuant quand la respiration s'arrête, les *souffles extra-cardiaques*, à la connaissance desquels nous ont initiés les travaux du professeur Potain, ne doivent pas être considérés comme des signes d'altérations orificielles.

On ne confondra pas non plus avec ceux-ci les bruits de frottement *péricardique* qui ne coïncident que par exception comme temps et comme siège avec les souffles cardiaques.

Deux signes que l'auscultation peut révéler chez des individus atteints de palpitations sont l'un le *timbre* retentissant, tympanique, *clangoreux du second bruit du cœur* à la base qui est fréquent chez les athéromateux, l'autre le *bruit de galop du cœur gauche* perceptible un peu au-

dessus du niveau de la pointe et qui pourra mettre sur la piste d'une néphrite interstitielle.

C'est à cette grande dégénérescence sénile, l'*artério-sclérose*, que sont imputables la plupart du temps les palpitations qui se montrent dans la seconde moitié de la vie : la rigidité des artères radiales en tuyaux de pipe et leur état de flexuosité ainsi que celle des temporales, l'exagération de la tension artérielle, l'arc sénile de la cornée (gérontoxon), la polyurie, avec albuminurie légère, l'hypertrophie du ventricule gauche, pour ne signaler que les principaux signes de l'artério-sclérose, forment les éléments du diagnostic et par suite de la thérapeutique.

III

Car c'est à la THÉRAPEUTIQUE qu'il faut arriver, et nous en possédons désormais les éléments que je résumerai rapidement.

Aux palpitations de croissance on opposera une hygiène sévère des exercices physiques ; c'est-à-dire qu'on ne privera pas les enfants d'exercice, mais on ne les laissera pas en prendre sans frein et à leur fantaisie. On leur défendra la course, le saut, mais on conseillera une gymnastique méthodique, graduelle, mettant en jeu les muscles des membres supérieurs et du thorax, accessoires de la respiration, dans le but d'obtenir un élargissement progressif de la cavité thoracique ; le solfége et la flûte étaient conseillés non sans raison par nos pères.

Le traitement de l'anémie et de la chlorose aura pour bases les moyens ordinaires : les préparations martiales les mieux tolérées, protochlorure de fer, tartrate ferrico-potassique, protoxalate de fer (récemment préconisé par Hayem), alternant avec les arsenicaux (liqueur de Fowler ou de Pearson) ; — l'hydrothérapie d'abord tiède, puis froide, depuis les lotions à l'éponge ruisselante, l'enveloppement matinal dans le drap mouillé jusqu'aux douches en colonne horizontale à jet simple ou brisé. J'ajoute et je considère comme un moyen héroïque de guérir les chloroses rebelles, les bains d'air comprimé qui, malheureusement, ne peuvent être employés qu'à Paris et dans de rares grandes villes et dont le prix de revient est un peu trop élevé pour la plupart des bourses; mais les inhalations d'oxygène sont déjà plus abordables.

Pour les dyspeptiques de tout âge on régularisera l'hygiène alimentaire, en ne craignant pas d'entrer dans les plus minutieux détails sur le choix des aliments, la quantité et la nature des boissons, les heures de repas et la manière de manger. Les amers simples ou convulsivants, quassia, noix vomique, teinture de Baumé, sulfate de strychnine; les antiseptiques et antiputrides : naphtol, salol, salicylates, eau chloroformée ; les poudres dites absorbantes sont les bases de la thérapeutique médicamenteuse avec l'acide chlorhydrique et les laxatifs.

Contre l'onanisme, l'hygiène morale, la gymnastique et l'hydrothérapie.

Quand il y a lieu de penser que les palpitations sont liées à la lithiase biliaire, on institue le traitement spécial pour celle-ci : les alcalins, l'éther et la térébenthine, les stimulations cutanées et l'alimentation convenable.

Les palpitations de la grossesse sont modérées par la précaution de ne faire que des repas peu abondants et plus fréquents, de limiter la quantité des boissons, de faire inhaler de l'oxygène.

En cas d'albuminurie gravidique le régime lacté, l'oxygène, l'antisepsie intestinale.

Les erreurs hygiéniques des fumeurs excessifs, des amateurs d'alcool et de thé seront combattues énergiquement.

Aux hystériques et aux neurasthéniques l'électricité statique enlèvera souvent les douleurs au cœur en même temps que les palpitations. Chez les névropathes j'ai plusieurs fois obtenu un bon résultat en donnant, alternativement, la strychnine pendant 4 jours de la semaine et les polybromures pendant 3 jours.

Aux uricémiques, une alimentation végétale, les alcalins, l'acide benzoïque et la lithine produiront d'heureux résultats.

Le meilleur traitement du syndrome de Graves-Basedow, c'est l'hydrothérapie combinée avec l'électricité galvanique, galvanisation du pneumogastrique dans la région cervicale et des ganglions intra-cardiaques dans la région précordiale.

Enfin les artério-scléreux devront être soumis à l'usage prolongé des iodures alcalins à faibles doses, et, s'il y a néphrite interstitielle, l'alimentation à base de lait, d'œufs, de farine, de viande blanche très cuite, les purgatifs assez fréquents forment la base du traitement.

P. LE GENDRE.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Pétition du syndicat de la Charente-Inférieure au sujet de l'assistance médicale.

Le *Syndicat de la Charente-Inférieure* a adressé la pétition suivante que nous reproduisons, car nous la trouvons d'un bon exemple qu'il conviendrait d'imiter.

Monsieur le Président du Conseil Général,

Depuis quelques années, dans la moitié environ des départements, un vote des Conseils Généraux a permis d'organiser d'une façon relativement satisfaisante un service départemental d'assistance médicale des indigents.

Le système généralement mis en pratique pour arriver à ce résultat a été le suivant :

1° L'Administration Préfectorale invite par une circulaire les communes à s'imposer d'une certaine quotité annuelle par indigent.

2° Le Conseil général inscrit au budget départemental un crédit affecté à ce service et ce crédit est réparti entre les communes proportionnellement aux sacrifices qu'elles se sont imposés. Dans la plupart des départements où le service est établi, la somme allouée par le conseil général est égale au total des contributions des communes. Cependant, dans les départements moins fortunés, les conseils généraux ont fixé, par mesure de prudence et suivant leurs ressources un maximum, qui en aucun cas ne pourrait être dépassé quand bien même l'ensemble des crédits votés par les communes excèderait ce maximum.

Telles sont, monsieur le Président, les bases essentielles sur lesquelles repose le service d'assistance médicale dans la moitié environ de nos départements.

L'augmentation de la population qui atteint annuellement 9 p. 1000 en Allemagne et 13 en Russie n'est plus que 2.5 pour 1000 en France.

D'autre part le bureau de la statistique générale de France a démontré en 1885 un excédent du chiffre des décès sur celui des naissances dans presque la moitié de nos départements et le département de la Charente-Inférieure est de ce nombre.

Il est donc au nombre de ceux où la nécessité des mesures destinées à combattre la dépopulation s'impose le plus impérieusement.

Nous espérons pouvoir compter sur le patriotisme de notre Conseil Général pour suivre ceux qui nous ont devancés dans cette voie de progrès humanitaire.

Nous espérons qu'il voudra bien mettre à l'étude dans sa prochaine session cette question vitale et qu'il se décidera à inscrire au budget de 1891 un crédit proportionnel aux ressources du département et à l'importance du but à atteindre.

Avant peu, nous voulons l'espérer, grâce à l'initiative féconde des Conseils Généraux, il n'y aura plus un seul département en France où le service médical des indigents ne soit en vigueur.

Ce jour là, la loi d'assistance publique, que le Parlement semble jusqu'ici impuissant à formuler, sera créée par le fait même. Elle sera au premier rang des meilleures lois qui sont entrées dans les mœurs avant d'être inscrites dans le code.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les plus distingués,

Pour le Syndicat de l'arrondissement de La Rochelle.

Le Président, Docteur Brard. — *Le Rapporteur,* Docteur Roux.

Association syndicale des médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale tenue à Vesoul le 6 juin 1890. (Suite).

Le Syndicat vote ensuite un *tarif d'honoraires médico-légaux* à peu près semblable à ceux que le *Bulletin* a déja publiés.

Nous reproduisons seulement le tarif adopté par le Conseil général de l'Association :

TARIF DU 18 JUIN 1811 MODIFIÉ

UNIFORMÉMENT APPLICABLE A TOUTE LA FRANCE.

Des honoraires et vacations des Experts-Médecins, chirurgiens, sages-femmes, et des vacations des experts et interprètes.

Art. 17. — 1° Pour chaque visite et certificat immédiat.................................... 10 fr.

2° Pour visite, y compris examen à l'aide d'instruments spéciaux ; pour visite et pansement..................................... 20 fr.

En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit donnant le détail des opérations comprises au paragraphe 2 sera payé par vacations.

3° Il sera alloué aux Médecins-experts :

a) Pour autopsie d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né.................................... 15 fr.
b) Pour autopsie d'un adulte........... 30
c) Pour autopsie après exhumation.... 50

En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit desdites autopsies sera payé par vacations.

Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes seront payées..................... 5 fr.

Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures pour les opérations sera remboursé.

Art. 22. - Chaque expert-Médecin recevra pour chaque vacation de trois heures et pour chaque rapport, lorsqu'il sera fait par écrit, savoir :

Une vacation de jour....................... 7 fr.
Une vacation de nuit...................... 10 »»

Il ne pourra être alloué, pour chaque journée, que deux vacations de jour et une de nuit.

Art. 25. — Dans tous les cas où les experts-Médecins, chirurgiens, sages-femmes comparaitront soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des experts, par vacations, s'ils requièrent taxe.

Des frais de voyage et de séjour auxquels l'instruction des procédures peut donner lieu.

Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux experts-médecins, chirurgiens, sages-femmes, etc., lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43 et 44 du Code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur domicile, soit dans le canton, soit au-delà.

Art. 91. — Cette indemnité est fixée pour chaque kilomètre parcouru, en allant et en revenant, savoir :

Pour les experts-Médecins, chirurgiens, sages-femmes.. 0 fr. 50

Pour les experts-Médecins, etc., les distances seront calculées sur le nombre réel de kilomètres parcourus du lieu de la résidence de l'expert au lieu où se feront les opérations requises.

Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés dans le cours du voyage par force majeure, ils recevront une indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir :

Les experts-Médecins chirurgiens...... 20 fr.

Art. 96. — Si les mêmes individus sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, dans celle où l'affaire sera jugée et qui ne sera point celle de leur résidence, il leur sera alloué, pour chaque jour de séjour, une indemnité fixée ainsi qu'il suit :

Pour les experts-Médecins, chirurgiens, dans toute la France..................... 20 fr.

Ce rapport est la synthèse des réponses données par 70 Sociétés locales, et dont les conclusions ont été adoptées par l'Assemblée générale, qui a décidé que la Commission s'entendrait à cet égard avec l'Administration pour l'application de ce tarif, en admettant toutefois qu'il soit adopté par le législateur.

Indemnité en cas de maladie.

Dans sa séance du 6 septembre 1889, votre Syndicat a décidé qu'il y avait lieu de s'occuper de l'établissement d'une Caisse d'assistance en faveur des Médecins de la Haute-Saône qui viendraient à être malades, et de nommer une Commission pour l'étude de cette question. Vous en connaissez les Membres. A l'heure où j'écris, je

n'ai pas reçu communication du rapport de ladite Commission.

Cette question d'indemnité en cas de maladie pour tous les Médecins de France a été traitée par l'Assemblée générale, qui, sur la proposition du docteur Cézilly, adoptée à l'unanimité moins quatre voix, a voté la nomination d'une Commission prise parmi les Membres du Conseil général, devant laquelle seront appelés, à titre consultatif, tous les Médecins qui se sont occupés particulièrement de la question.

Vous avez à vous occuper, Messieurs, de rechercher quelle solution vous voulez donner à cette question.

Le Compte rendu du Syndicat reproduit le projet d'Association médicale publié par le *Concours*, et il ajoute: Aucune question n'engage autant l'avenir de la profession médicale ; elle l'engage bien plus que toutes les lois de *Revision*. Les Syndicats et les Associations médicales devront défendre avec énergie la situation du Médecin, tout en prêtant au Gouvernement, à la Société leur appui, à condition que nos intérêts soient sauvegardés dans une légitime mesure. Il faut donc que les Membres du Parlement qui font partie de notre Syndicat prennent en mains la défense de nos intérêts légitimes, et cela à brève échéance, car nous savons que M. le Ministre de l'intérieur doit donner lecture du projet du Gouvernement au Conseil des Ministres samedi prochain, et le déposer ensuite sur le bureau de la Chambre (1).

L'avoir total de la caisse s'élève donc, le 1er juin 1890, à la somme de 3,278 fr. 40. Dr Coillot.

REPORTAGE MÉDICAL

Cours de vacances pour les médecins praticiens. — On va, dit-on, créer des Universités. Elles seront sous la dépendance de l'Etat qui nommera le recteur et les professeurs sur présentation, et approuvera les programmes.

Ceci innove peu ; néanmoins on peut espérer qu'une fois constituées, enrichies, les Universités pourront entrer dans des voies nouvelles et encore une fois à l'imitation de l'Allemagne, établir, en médecine, des cours de vacances, de juillet à octobre, où les agrégés, les chefs de clinique, les médecins spécialistes feraient des cours payants dans un local commun, à toutes les heures de la journée, sur les méthodes nouvelles.

Les praticiens s'y rendraient et en une ou deux semaines, se rendraient compte de visu, de ce qu'ils auraient lu dans l'année.

Mais les *praticiens* viendraient-ils, ceux qui, à cause de l'âpreté de la concurrence, ne prennent même pas les vacances les plus courtes ? Il faudrait auparavant introduire en France l'usage des assistants.

— Nous avons reçu le premier no de la *Clinique Française*, organe de la *Société clinique des praticiens de France*, présidée par MM. les Drs *Piogey-Gérard.*

Nous avons lu avec attention l'exposé du but que se propose la Société et nous n'y avons, à notre grand regret, rien trouvé qui le caractérise. Nous avons en vain recherché les différences qui devraient, pour expliquer sa formation, exister entre elle et la Société de médecine pratique et les Sociétés médicales d'arrondissement.

Peut-être l'avenir lui permettra-t-il de développer son programme et de caractériser ce qu'elle se propose.

En attendant, nous faisons observer au rédacteur de la *Clinique*, qui se plaint du silence de la presse médicale à son sujet, que le *Concours médical* ne s'est pas affranchi du devoir d'annoncer, il y a un mois, la constitution de la *Société clinique des praticiens de France*, qui ne doit pas être confondue avec la *Société clinique de Paris*, fondée depuis 1877 par l'initiative du Dr Bottentuit, recrutée presque exclusivement parmi les Internes des Hôpitaux de Paris et présidée successivement par les professeurs Peter, Ball, Bouchard, Damaschino, Hayem.

(1) Dans la Haute-Saône, l'organisation de la Médecine gratuite fonctionne dans de bonnes conditions, depuis plusieurs années. Peu de communes n'ont pas donné leur adhésion au mode actuellement en vigueur.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4, PARIS
Place de l'École-de-Médecine.

La santé de nos enfants, par le Dr A. Coriveaud, de Bayonne, médecin-inspecteur des enfants assistés. — Ce livre est un recueil de sages conseils que l'auteur, médecin-praticien, adresse aux parents soucieux de la santé de leurs enfants ; ce n'est donc pas un traité complet sur l'hygiène infantile. Cependant le médecin trouvera lui aussi à s'instruire en le lisant. Des chapitres tels que : *La diète chez les enfants*, sont toujours profitables. Pour notre part, nous adressons à notre confrère, nos félicitations et l'engageons à poursuivre l'œuvre de vulgarisation qu'il a si bien commencée.

La photographie de l'amateur débutant, par M. Abel Buguet, agrégé des sciences physiques et naturelles, professeur de physique et chimie au Prytanée militaire, président de la société photographique de la Flèche. — Le débutant trouvera dans ce petit volume le guide le plus sûr pour arriver seul à des résultats satisfaisants dès la première expérience. Il évitera à la fois pertes d'argent et de temps qui découragent si souvent les volontés les plus éclairées. Un volume n-18, riche de 41 figures. Prix : 1 fr. 25.

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien dans la réserve et dans l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion-d'Honneur. Un volume in-18 de 600 pages avec gravures et plans. Prix : 5 fr. — Destiné à servir de guide aux officiers appelés soit en temps de guerre, soit pour une période d'instruction ; il contient tous les renseignements sur les examens à passer pour monter en grade, pour être nommé : Lois, règlements sur le service en campagne, etc., etc. — Adapté à la dernière loi de 1890, ce Manuel est indispensable à MM. les Officiers du corps de Santé.

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos confrères la triste nouvelle du décès du Dr Deligny, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais, ex-interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer, lauréat de l'Académie de médecine. C'est aux suites d'un accident de voiture qu'a succombé notre collaborateur, dans la station même à laquelle il était attaché.

Nous faisons part, également, du décès d'un autre membre du *Concours*, M. le Dr Sadrain, à Loze, (Allier.)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 34 23 Août 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séances du Conseil de Direction du Concours médical et du Bureau de l'Union des Syndicats.

Les membres des deux sociétés se réuniront, aux bureaux du journal, le *mercredi* 28 *août*, *à* 10 *heures du matin*. Ils siégeront toute la journée et ils sollicitent des Membres du Concours et des Membres des Syndicats leurs communications avant le jour de la séance.

Le *Conseil de Direction* de la *Société du Concours Médical* et le *Bureau de l'Union* sont à leur entière disposition pour mettre à leur ordre du jour les questions qu'on voudrait bien leur proposer de discuter.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Traitement de l'urémie.

M. *Lancereaux*, dans une intéressante clinique, résume les grandes lignes du traitement de l'urémie dans ses deux formes gastro-intestinale et cérébro-spinale.

Ces deux formes de l'urémie ne peuvent être soumises au même traitement ; si on cherche à supprimer l'urémie gastro-intestinale, on contribue par là même à la rétention des matières excrémentitielles et l'on peut engender la forme cérébro-spinale.

Caractérisée par des vomissements semblables à un bouillon sale renfermant un mucus épais (1), ou par une diarrhée séreuse, blanchâtre, parfois légèrement colorée, l'urémie gastro-intestinale doit être regardée comme providentielle et être respectée. Chercher à la combattre à l'aide des opiacés, c'est favoriser le développement des accidents cérébraux, dyspnée, éclampsie ou coma. Aussi, loin de s'opposer à ces accidents, le médecin doit-il, surtout s'ils sont récents et peu accusés, faire en sorte de les rendre plus intenses, de façon à débarrasser promptement le malade des substances toxiques qui s'accumuleraient certainement dans son sang si elles ne trouvaient un émonctoire. Dans ces conditions, l'indication urgente est donc d'agir sur le tube digestif soit par l'administration d'un vomitif, poudre d'ipécacuanha, tartre stibié à dose vomitive ou en lavage, soit par la prescription d'un purgatif drastique. A la suite de ces moyens thérapeutiques, comme après une diarrhée spontanée un peu abondante, les malades se sentent soulagés, une détente se produit et les forces reviennent. C'est, du reste, ce que l'on voit fréquemment pendant les premières années de la néphrite liée à l'artério-sclérose (néphrite artérielle), où de pauvres patients, ignorants de leur état, sont pris sans cause appréciable d'un malaise général, de céphalée, de modifications bizarres du caractère, puis se trouvent tout à coup soulagés à la suite d'une crise de diarrhée de quelques jours. Toutefois, il pourrait être imprudent de pousser trop loin cette indication ; il faut savoir que, dans certaines circonstances, et notamment dans la néphrite consécutive à la rétention urinaire, surtout dans celle qui succède à l'épithélioma de l'utérus, il s'établit parfois des diarrhées incoercibles pouvant amener une dépression fâcheuse de l'organisme et qu'il est utile de modérer. Le salicylate ou le sous-nitrate de bismuth, l'éther et même l'opium répondent alors à la nouvelle indication. Mais l'administration de ces médicaments sera surveillée de près ; et si l'on voit survenir quelques troubles indiquant la possibilité d'une complication cérébrale, on n'hésitera pas à avoir recours encore une fois aux purgatifs.

Quand on se trouve en présence de la forme cérébro-spinale de l'urémie, l'indication à remplir

(1) Dans l'urémie comme dans l'alcoolisme, il existe deux ordres de vomissements : l'un provoqué par l'irritation de la muqueuse stomacale et l'augmentation de la sécrétion ; il est composé d'un liquide filant et visqueux, c'est le vomissement de l'urémie gastro-intestinale ; — l'autre est composé de matières verdâtres ou jaunâtres, amères ; c'est un vomissement bilieux, d'origine nerveuse, et engendré par l'action sur le bulbe des matières excrémentitielles retenues dans le sang.

est des plus formelles : elle consiste à neutraliser l'action des substances toxiques retenues dans le sang et à les éliminer.

Les moyens de neutraliser les poisons qui occasionnent les troubles morbides sont peu nombreux : en première ligne, nous placerons les inhalations d'oxygène, qui ont donné parfois des résultats satisfaisants et qui agissent sans doute en transformant les matières toxiques.

Pour hâter leur élimination, trois voies principales peuvent permettre de remplir cette deuxième indication : le rein lui-même, les voies digestives et la peau.

Les diurétiques sont les agents les plus efficaces, et, parmi eux, la digitale tient le premier rang. M. Lancereaux administre cette substance à la dose de 0,30 à 0,50 centigrammes en infusion dans 125 grammes d'eau. Il renouvelle la dose pendant une huitaine de jours, quand ce médicament est bien supporté ; et, d'après lui, il en est presque toujours ainsi. Le vin diurétique de l'Hôtel-Dieu, à la dose de 80 à 100 grammes par jour, est souvent suivi d'une diurèse abondante. Un moyen plus efficace, encore, surtout quand le cœur est malade en même temps que le rein — ce qui est la règle dans la néphrite par artériosclérose — est l'emploi de pilules contenant chacune 0,05 *centigrammes de poudre de scille, de scammonée et de digitale*. Ces pilules, que M. Lancereaux appelle *pilules diurétiques*, ont, de plus, une action purgative par la poudre de scammonée qu'elles contiennent. Il les administre d'abord à la dose de quatre par jour, puis de six, enfin de huit ou neuf, et cela pendant six et sept jours consécutifs, ou même plus longtemps.

Ces divers modes d'administration de la digitale gagnent souvent à être successivement employés. Quand il y a lieu de redouter l'effet de la digitale ou s'il se produit quelques phénomènes d'intolérance, on peut avoir recours à l'emploi de la *caféine* à la dose de 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes. Cette dose étant parfois mal supportée au début, il faut commencer d'ordinaire par 1 gramme pour augmenter progressivement et par fractions de 0,25 centigrammes. M. Lancereaux a utilisé quelquefois seulement dans la néphrite épithéliale, à cause de son action élective sur les épithéliums du rein, un agent jusqu'ici peu usité : c'est la *teinture de cantharides*, 6 à 10 gouttes par jour.

Lorsque les diurétiques ne parviennent pas à rétablir la fonction urinaire, l'emploi des purgatifs est tout naturel, les drastiques, en tête desquels se placent la scammonée et le jalap. *L'eau-de-vie allemande* ou *teinture de jalap composée* se donne seule ou associée au sirop de nerprun, à la dose de 20 à 30 grammes. Quand il y a urgence et que l'eau-de-vie allemande est rejetée par le vomissement, prescrire l'huile de croton en pilules à la dose de une à deux gouttes. Quel que soit le drastique employé, il faut l'administrer non seulement une fois, mais plusieurs jours de suite à des doses élevées. La dérivation sur la peau peut être d'un grand secours. Exiger que chez les urémiques la peau soit d'une propreté absolue ; l'exciter par des bains d'air sec et par des frictions énergiques. Dans certains cas, il peut être utile de stimuler la sécrétion de la sueur à l'aide du jaborandi en infusion ou mieux à l'aide d'injections sous-cutanées de son alcaloïde, la pilocarpine.

L'emploi de la saignée ne parait indiqué à M. Lancereaux que dans les cas de néphrites aiguës, quand existent des accidents graves menaçant la vie à courte échéance, dans les cas d'urémie compliqué de stase pulmonaire, chez les femmes atteintes d'éclampsie puerpérale. Il la repousse au contraire formellement dans les néphrites chroniques, surtout dans le cours des vieilles scléroses rénales des athéromateux. Dans ces cas, en effet, les malades sont profondément anémiés par le fait même de la maladie rénale ; la saignée ne peut qu'appauvrir leur sang déjà si modifié. De plus, nous savons qu'à la suite de graves hémorrhagies il peut se produire des convulsions par anémie bulbaire. Une saignée chez un urémique

FEUILLETON

Conférence du Professeur Bouchard (*Suite*).

Etat bactéricide.

L'état bactéricide est le second moyen par lequel l'organisme animal résiste à l'invasion des bactéries ou triomphe de celles qui ont réussi à le pénétrer. J'entends par état bactéricide, non pas seulement ce qui tue ou dissout les microbes, mais ce qui ralentit leur croissance ou leur multiplication, entrave leur nutrition, amoindrit leurs fonctions.

De même que je ne suis pas entré dans le détail de la découverte de Conheim, ni de celle de Metchnikof, de même je ne rappellerai pas les faits de Grohmann, de Fodor, de Flugge, de Nuttal, de Nissen, de Petruchky, de Buchner sur lesquels a été fondée la notion de l'état bactéricide des humeurs normales d'un certain nombre d'animaux sains. Quand on sait quelles minimes différences dans la composition chimique des milieux inertes rendent plus ou moins active, la végétation des microbes ; quand on peut, par l'addition ou la soustraction de faibles doses d'une substance chimique, arrêter toute manifestation de la vie bactérienne ou la laisser subsister en imposant au végétal des modifications considérables dans la rapidité de sa pullulation, dans sa forme, dans ses fonctions et en particulier dans celles de ses fonctions chimiques qui constituent sa virulence ; quand on fait ainsi subir à la bactérie des dégénérescences ou des atténuations qui peuvent se continuer héréditairement pendant un temps plus ou moins long même quand on la replace dans son milieu accoutumé ; quand, par d'autres modifications du milieu inerte, on peut au contraire augmenter l'intensité de la vie du microbe, restituer et même exalter sa virulence, on comprend que les différences dans la composition des humeurs des animaux vivants, puissent produire les mêmes résultats. Et, en effet, pour des raisons purement chimiques et nullement dynamiques, suivant les humeurs et suivant les espèces ou les races animales qui fournissent ces humeurs, les bactéries qu'on y sème peuvent être tuées et même dissoutes, ou simplement empêchées dans leur développement ; ou bien elles peuvent atteindre un très haut degré d'intensité dans leur vie et leur fonctionnement ; enfin, entre ces deux extrêmes, elles peuvent présenter tous les degrés de l'atténuation. Un certain nombre de ces résultats ont été obtenus par la culture de bactéries pathogènes dans des humeurs animales débarrassées de toute cellule.

Mais ces faits si intéressants expliquent-ils pourquoi telle maladie infectieuse se développe facilement dans telle espèce animale et ne peut se réaliser chez telle autre ?

Nullement. Metchnikof et Hesse ont dit avec raison que le sang des animaux naturellement réfractaires à un microbe peut être bon milieu de culture pour ce microbe. Lubarsch a fait la même constatation ; mais il a reconnu de plus, et après lui Charrin et Roger, que le sang d'animaux non réfractaires à un microbe peut être bactéricide pour ce microbe. Ces faits pa-

ne pourrait-elle pas hâter l'éclosion des phénomènes convulsifs ?

Enfin, après avoir épuisé toutes les ressources médicamenteuses, il reste un moyen qui a réussi dans plusieurs circonstances à M. Lancereaux et lui a permis de prolonger l'existence de ses malades. Ce moyen consiste à établir sur les membres une *surface sécrétante*, un ulcère qui, en l'absence de fonctionnement du rein et du tube digestif, sert dans une certaine mesure à l'élimination des produits excrémentitiels de l'urine ou déchets de la nutrition. C'est là une dernière ressource à l'appui de laquelle M. Lancereaux cite deux curieuses observations :

« Une dame d'une cinquantaine d'années, auprès de laquelle j'avais été appelé en consultation, se trouvait atteinte d'une néphrite saturnine due au maquillage. Lorsque j'arrivai auprès d'elle, elle était atteinte d'une anasarque très prononcée et d'une dyspnée urémique des plus intenses ; le confrère, désespéré, m'avoua qu'il me faisait appeler uniquement pour mettre sa responsabilité à couvert, responsabilité d'autant plus grande qu'il s'agissait d'une personne amie. Or, sous l'influence du régime lacté, des diurétiques et des purgatifs, se produisit une amélioration sensible. Au bout de cinq à six mois, le médecin traitant réclama une nouvelle consultation : la malade était atteinte d'une crise des plus intenses, en proie à une dyspnée extrême avec anasarque et œdème très prononcé aux membres inférieurs. Je trouvai la situation alarmante et je portai un pronostic grave. Je n'entendis plus parler de ma patiente. Quelques mois plus tard, je rencontre mon confrère, et je ne suis pas peu surpris d'apprendre que sa cliente n'avait plus d'œdème, que depuis longtemps elle avait cessé le régime du lait et que son appétit était excellent. Curieux de revoir cette dame et d'apprécier par moi-même son état, je vais chez elle le lendemain, à la demande de son médecin : je la trouve à table, finissant avec plaisir un excellent repas. Désireux de me rendre un compte exact de ce qui s'était passé, j'examinai les urines, qui étaient toujours albumineuses, mais en même temps je constate l'existence d'un vaste ulcère spontanément formé à l'une des deux jambes et qui suintait d'une façon continue. Il me parut que c'était là le mot de l'énigme ; la malade avait été préservée par cet exutoire. Quelques mois après, l'ulcère se dessécha, et la mort eut lieu presque subitement.

Il ne faudrait pas croire ici à l'existence d'une simple coïncidence, car, dans d'autres circonstances, il m'est arrivé d'observer des effets analogues. Chez un malade de 40 ans, que je faisais vivre depuis deux années à grand renfort de purgatifs et de diurétiques, et qui avait en même temps qu'une affection rénale un cœur chargé de graisse et hypertrophié, je pris le parti, pour vaincre une dyspnée insupportable, d'appliquer un vésicatoire sur chacune des jambes œdématiées. Il se produisit un écoulement que j'entretins avec des pommades irritantes ; la dyspnée diminua bientôt et le malade put continuer à vivre pendant plusieurs mois. Plus tard il se produisit à l'une des jambes un phlegmon très douloureux qui fut ouvert et pansé par mon collègue et ami, M. le docteur Horteloup. Tant que durèrent la sécrétion et le pansement, tout alla bien : l'œdème avait disparu, la respiration était facile.

La femme du malade, les personnes qui l'entouraient et même mon collègue attendaient avec impatience la cicatrisation de la plaie et entrevoyaient avec plaisir une guérison relative. Quant à moi, qui n'avais cependant jamais désespéré de mon client, je ne laissais pas d'être inquiet. En effet, les plaies se cicatrisèrent définitivement, et, quelques jours plus tard, le malade succombait brusquement comme la dame dont je vous ai tout à l'heure rapporté l'histoire. Ces faits vous montrent le danger qu'il peut y avoir à provoquer la guérison de certains ulcères et vous permettent de mieux comprendre un certain nombre d'observations rapportées par des auteurs des

---

radoxaux prouvent que l'immunité naturelle ne dépend pas de l'état bactéricide et que la réceptivité n'est pas liée à l'absence d'état bactéricide. C'est pour l'immunité acquise que l'état bactéricide prend toute son importance.

Metchnikof sème la bactéridie charbonneuse dans le sang d'animaux vaccinés : la culture se développe bien, mais ne tue pas les animaux non réfractaires auxquels on l'inocule ; la culture faite dans le sang d'animaux non réfractaires ou d'animaux naturellement réfractaires se développe également, mais conserve sa virulence.

Metchnikof a pu penser que cette atténuation produite par le sang des vaccinés était due à l'action des leucocytes qui exerceraient, même dans le sang extravasé, leur action défavorable aux microbes. J'interprète autrement cette mémorable expérience : j'y vois la première démonstration de ce fait que la maladie infectieuse, quand elle n'est pas mortelle, produit, en même temps que l'immunité, une modification durable des humeurs qui les rend bactérides, c'est-à-dire capables de produire, si on l'y sème, l'atténuation d'un microbe de la même espèce que celui qui a produit la maladie. J'y vois encore la preuve que cet état bactéricide qui se développe en même temps que l'immunité acquise diffère, au moins par le degré, de celui que présentent naturellement les humeurs d'animaux sains, qu'ils soient ou non réfractaires. Gamaleïa a fait une constatation analogue ; il a eu le mérite de reconnaître et de démontrer le premier que l'état bactéricide qui se développe dans les humeurs des animaux vaccinés n'est pas dû aux cellules qu'elles renferment. Il avait déjà reconnu que le bacille charbonneux inoculé au mouton *très vacciné* provoque l'œdème sans diapédèse et que cependant il se détruit dans cet œdème. Dans une expérience plus démonstrative, il sème le *bacillus anthracis* dans l'humeur aqueuse extraite des deux yeux d'un mouton qui avait été vacciné dans la chambre antérieure de l'un des yeux ; il n'obtient qu'une végétation grêle, analogue au virus atténué, et cela est vrai pour l'humeur aqueuse de l'œil non inoculé, comme pour celle de l'œil inoculé. La virulence dans d'autres expériences analogues lui parut amoindrie.

Charrin et Roger ont reconnu que, tandis que le sérum sanguin du lapin est un milieu favorable au bacille pyocyanique, le sérum du lapin vacciné est bactéricide pour ce microbe qui s'y développe assurément, mais tardivement et peu abondamment, avec des formes grêles, sans sécréter de pyocyanine, et qui, transporté ensuite dans un milieu plus favorable, se montre encore incapable, pendant plusieurs générations, de fabriquer la pyocyanine.

Charrin a pu établir que l'atténuation subie par l'agent infectieux, quand on le sème *in vitro* dans les humeurs de l'animal vacciné, se produit également et, sans doute par le même procédé, quand le microbe est introduit dans le corps de l'animal vacciné vivant.

Charrin a vu également, avec Gamaleïa, en se servant du bacille pyocyanique, ce que Emmerich et di Mattei avaient déjà reconnu pour le bacille du rouget, que l'atténuation dans le corps des vaccinés se fait avec une extrême rapidité.

derniers siècles et misos en doute sans raisons plausibles par laplupart des médecins et des chirurgiens contemporains. »

Traitement de la scarlatine par l'acétate d'ammoniaque à hautes doses.

M. *Vidal* (d'Hyères) a soumis à l'Académie les propositions suivantes :

1° Il est hors de doute pour lui que l'acétate d'ammoniaque est parfaitement toléré par l'organisme à la dose de un gramme par année d'âge chez les enfants et chez les adultes. Cependant, pour ces derniers, il n'a jamais dépassé la dose de 35 grammes par jour.

2° Il y a lieu de croire qu'à cette dose l'acétate d'ammoniaque, en abaissant rapidement les hautes températures de l'organisme, constitue un moyen précieux de traitement de la scarlatine et peut-être aussi pour les autres fièvres éruptives.

3° L'action de ce médicament a paru à M. Vidal d'autant plus rapide qu'il a pu être administré dans un moment plus rapproché du début de la maladie.

Moyen de couper brusquement les quintes de la coqueluche.

Sur des enfants atteints de coqueluche, *Nægeli* a réussi plus de 500 fois, à arrêter net les quintes, en attirant en avant et en bas la mâchoire inférieure des petits malades, par l'un des procédés variés qu'il indique dans son travail. Il ne s'agit pas là d'une médication psychique, car la manœuvre a le même succès pendant le sommeil.

Les parents peuvent la pratiquer eux-mêmes, car elle est simple, indolore, nullement génante et complètement inoffensive. On s'en abstient seulement quand le malade a des aliments dans la bouche.

La suppression régulière des quintes a une influence favorable sur la marche et la guérison de la coqueluche ; en prévenant l'apparition de complications, elle restreint considérablement la mortalité de l'affection.

Nægeli a également reconnu que par le même procédé on abrège souvent, d'une façon notable, la toux quinteuse d'une autre origine.

Traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée et les badigeonnages d'éther camphré.

M. le Dr *Tison* emploie le traitement suivant :

Au début de la maladie, suivant l'intensité de la fièvre et l'état des premières voies digestives, on administre un vomitif, un éméto-cathartique ou un purgatif, puis on commence l'administration de l'aconitine cristallisée, à raison d'un quart de milligramme toutes les six heures, ou d'un dixième de milligramme toutes les deux heures. Il est inutile de dépasser 1 milligramme de cette substance en vingt-quatre heures. A cause de son activité considérable, à cause aussi de la difficulté d'un dosage exact, il est préférable de recourir aux pilules d'un dixième de milligramme. Dans l'observation actuelle, l'aconitine a été administrée pendant quatre jours, c'est-à-dire que la malade en a pris moins de 4 milligrammes. Dans beaucoup de cas, on ne l'a administrée que trois jours et même deux. Il est rarement nécessaire de dépasser quatre jours.

En même temps qu'on administre l'aconitine, on badigeonne, toutes les deux heures, les surfaces enflammées, c'est-à-dire envahies par l'érysipèle, avec un pinceau imbibé d'éther sulfurique saturé de camphre. Cette application plaît beaucoup aux malades, soit à cause de la fraîcheur qui se produit au moment de l'évaporation de l'éther, soit parce que la couche de camphre pulvérulent qui recouvre les surfaces enflammées et douloureuses est analgésique.

Charrin a encore constaté que cette atténuation du microbe virulent se fait spontanément dans le corps de l'animal malade, quand la maladie infectieuse guérit. On sait que si le bacille pyocyanique peut tuer en vingt-quatre heures, le même bacille puisé, au même instant dans la même culture, doué par conséquent de la même virulence, provoquera une maladie beaucoup plus longue, capable de se terminer par la guérison, à la condition que la culture soit injectée sous la peau ou que la quantité de culture injectée dans les veines ait été très faible ; on sait aussi que cette maladie confère l'immunité à l'animal guéri ; on sait encore que cette immunité s'accompagne de l'état bactéricide des humeurs ; enfin, j'ai démontré que cet état bactéricide existe déjà pendant la maladie. Chez un lapin inoculé avec de petites doses de bacille pyocyanique virulent et qui présente la forme chronique et curable de la maladie, Charrin prélève chaque jour une goutte de sang qu'il dépose sur la gélose nutritive. Pendant les premiers jours, la culture est riche en pyocyanine, puis, dans les cultures suivantes, le bacille qui se développe encore, ne produit plus la pyocyanine, il sécrète seulement le pigment verdâtre qui ne se laisse pas dissoudre dans le chloroforme ; on arrive enfin à des atténuations de la fonction chromogène et en même temps de la fonction virulente tellement profondes qu'il faut de nombreuses cultures faites sur milieux très riches, pour rendre au microbe ses fonctions perdues. Tout est microbicide dans le corps des vaccinés, les solides comme les liquides. Roger détache les deux membres postérieurs chez deux cobayes, l'un vacciné par le bacille du charbon symptomatique l'autre sain. Dans un des membres, provenant de chaque animal, il injecte la culture virulente et place les quatre membres à l'étuve. Le lendemain, la cuisse inoculée provenant du cobaye sain est emphysémateuse et crépite sous le doigt. Il n'y a pas de gaz dans la cuisse inoculée provenant du cobaye vacciné ; il n'y en a pas dans les membres non inoculés, provenant, l'un du cobaye sain, l'autre du cobaye vacciné.

Comme on pourrait dire que les tissus sont rendus bactéricides, Roger répète, avec les mêmes résultats, son expérience en ayant soin de faire passer immédiatement après la mort, un courant d'eau salée par l'aorte des deux animaux, les veines étant largement ouvertes.

On a déjà donné pour cinq microbes, la preuve que la vaccination produit l'état bactéricide : cela a été établi pour le bacille du charbon par Gamaleïa, pour le bacille pyocyanique par Charrin et Roger, pour le bacille du charbon symptomatique, pour le vibrion cholérique par Zasslein, pour le vibrion de Metchnikoff par Behring et Nissen. Ces expérimentateurs ont reconnu que l'état bactéricide produit par un microbe, peut nuire aussi au développement de quelques autres microbes.

J'ai indiqué sommairement les conditions qui permettent à l'homme d'agir sur les microbes. Passons à l'examen des procédés à l'aide desquels les microbes peuvent agir sur l'homme.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *A l'Académie de Médecine.* — II. *De la résection du genou.* — III. *Du traitement des appendicites.* — IV. *De la tuberculose chirurgicale.*

I.— A l'Académie de médecine.

M. *Vallin* étudie les indications de la trépanation du crâne dans les accidents, tardifs ou éloignés, consécutifs aux lésions traumatiques des parois crâniennes. Des trois cas de ce genre qu'il a observés, il tire des conclusions intéressantes.

Dans les lésions traumatiques du crâne, il faut être réservé dans le pronostic au début, même dans les cas d'apparence bénigne. Le blessé doit être tenu en observation constante, malgré les apparences d'une guérison complète ; il faut agir promptement dès qu'apparaissent des troubles nerveux graves (hémiplégie, phénomènes épileptiformes). Dans ces cas, la trépanation appliquée à temps donne les meilleurs résultats.

M. *Terrillon* communique l'observation d'une femme de 53 ans portant depuis cinq ans une tumeur kystique douloureuse annexée au bord droit du foie. Une première ponction n'ayant fait que peu diminuer le volume de la tumeur, M. Terrillon pratiqua la laparotomie au-dessous des fausses côtes droites et se mit en devoir d'enlever une portion du foie du volume des deux poings, formée de petits kystes hydatiques. Cette tumeur n'étant pas pédiculée, pour parer à l'hémorrhagie un lien de caoutchouc fut placé autour de la région la plus étroite : toute la partie malade, ainsi séparée du foie, fut fixée au dehors et fut enlevée, sphacelée au bout de six jours. Il resta une plaie assez large, formée par du tissu hépatique, mais séparée du péritoine par des adhérences. Après six semaines la guérison était complète : l'état général de la femme très amélioré.

M. *Paul Gibier* signale à nouveau l'*eau oxygénée* comme un antiseptique énergique et inoffensif.

M. *Le Dentu* donne le résultat de l'examen histologique d'un testicule atteint d'éléphantiasis d'origine paludéenne ; ces lésions sont les mêmes que celles qui ont été décrites dans l'éléphantiasis des Arabes (dilatations lymphatiques et néoformations conjonctives).

II. — De la résection du genou (1)

La Société de chirurgie vient d'entrer en vacances pour deux mois ; parmi les dernières communications importantes, sont les deux suivantes :

M. Lucas-Championnière a fait 43 résections du genou dont une seule pour une affection autre qu'une tumeur blanche. Aucun opéré n'est mort avant la cicatrisation.

Sauf quatre ou cinq malades qui ont présenté des accidents locaux à brève échéance, tous les autres sujets ont eu des membres utiles. En effet, aussitôt que le membre est restitué en bonne forme et privé de ses foyers tuberculeux, on voit les muscles se développer à nouveau et des groupes musculaires qui paraissaient voués à une atrophie définitive, reprennent leur vitalité.

C'est surtout une bonne opération pour les sujets jeunes : les meilleures conditions se trouvent réunies entre 18 et 30 ans. Pour les enfants, M. L. Championnière est assez médiocrement partisan de la résection du genou, qui reste fatalement incomplète ; on doit, pour eux, la considérer comme une opération de choix.

Voici le manuel opératoire indiqué par M. Championnière : Après avoir nettoyé minutieusement la région, il place la bande de caoutchouc et découvre le genou par une incision courbe à convexité inférieure qui permet de découvrir très largement la région ; on découvre les os et toutes les parties malades dans les trois quarts antérieurs sans les disséquer par derrière. Si des fongosités s'étalent en avant, en haut ou en bas de l'articu-

(1) Société de Chirurgie, 30 juillet.

PROCÉDÉS PAR LESQUELS LES MICROBES INFLUENCENT L'ORGANISME ANIMAL.

De même que j'ai laissé dans l'ombre les hypothèses par lesquelles on a pensé expliquer la réaction de l'organisme animal contre les agents pathogènes, quand ces hypothèses ne reposaient pas sur une base expérimentale digne d'être discutée, de même je négligerai l'examen d'autres théories également hypothétiques, qui ont prétendu éclairer l'action qu'exercent certains microbes sur l'économie vivante.

Une notion me paraît acquise, c'est que *les bactéries agissent sur les animaux, par les matières qu'elles sécrètent*. L'intensité de cette action chimique est proportionnelle à la masse de la substance chimique qui la produit. Cette assertion semble aller à l'encontre de la distinction admise, entre la virulence et l'intoxication ; et l'on ne manquera pas d'objecter qu'une bactérie unique qui pèse tout juste la millionième partie d'un millième de milligramme, peut causer la maladie et la mort, et que la matière sécrétée par cette seule cellule bactérienne est certainement incapable de produire le moindre effet. Sans doute, mais il faut tenir compte de la multiplication des microbes. Cette multiplication se fait avec une vitesse qui peut ne pas paraître très grande, mais qui suffit pourtant à augmenter leur nombre, suivant une progression qui devient bientôt vertigineuse. Buchner et Riedlin estiment que le vibrion cholérique met pour doubler un temps qui varie entre 19 et 40 minutes. A ce compte, un seul vibrion pourrait en engendrer un milliard en moins de dix heures.

Grâce à cette pullulation, les produits bactériens arrivent à constituer une masse qui n'est plus négligeable. Ces produits, même pour une seule espèce bactérienne, sont nombreux : la chimie commence à les discerner, la physiologie n'a pas attendu qu'ils fussent isolés pour étudier leurs actions. On connaît aujourd'hui huit propriétés physiologiques des produits bactériens par lesquels les microbes pathogènes peuvent influencer les organismes animaux : je dis huit propriétés et non huit substances différentes.

Sécrétions bactériennes qui provoquent la diapédèse.

Par les matières qu'ils sécrètent, certains microbes pathogènes peuvent produire localement une action défavorable sur les tissus et les adapter ainsi à leurs besoins ; leurs diastases peuvent hydrater, dédoubler la substance des cellules et amener leur dissolution ou leur mortification. Mais, le plus souvent, leur action chimique n'atteint pas à ses degrés extrêmes, et sans être assez profonde pour supprimer la vie d'une portion de l'organisme, elle est suffisante pour provoquer des phénomènes réactionnels. Cet état irritatif se traduit dans certaines cellules par le gonflement et la karyokinèse : dans d'autres, par les dégénérescences diverses, graisseuses, colloïdes, vitreuses ; du côté des vaisseaux, par l'exsudation et par la diapédèse. Grawitz et de Bary, puis Scheurlen, puis Christmas, puis Karlinsky, ont constaté que la culture stérilisée du *staphylococcus aureus* est pyogène ; mais,

lation, s'il y a des foyers caséeux en dessus ou en dessous, on commence par les nettoyer avant l'excision des os. On scie les os d'avant en arrière et seulement aux trois quarts de leur profondeur en commençant d'ordinaire par le fémur. On retire alors la scie en plaçant dans la voie de la scie un ciseau très large et on fait sauter d'un seul coup de maillet le pont qui a été ménagé par la scie. Cette manière d'opérer est rapide et permet de conserver intacts tous les tissus fibreux de la face postérieure de l'articulation ; si les productions morbides les pénètrent, on les poursuit une fois les os sautés. On procède pour le tibia comme pour le fémur et on coupe les os par tranche, jusqu'à ce qu'on soit en tissu sain et que les os s'ajustent.

Les os enlevés, on nettoie avec une compresse ou une curette les fongosités et les foyers tuberculeux ; puis on réunit les surfaces osseuses par deux sutures de fils d'argent. On suture ensuite au catgut tout ce que l'on peut fixer de périoste ou de tissu fibreux, puis la peau est suturée avec du crin de Florence ; on laisse sur les parties latérales deux orifices pour deux drains qui sont placés sous la peau au voisinage de la coupe osseuse, mais ne pénètrent pas entre les surfaces

Le pansement post-opératoire est très important, on place directement sur la ligne de réunion des fragments de gaze iodoformée, par-dessus des sachets contenant de la poudre antiseptique, un peu de tissu imperméable et enfin une couche considérable d'ouate de tourbe. On serre le tout avec une bande de gaz appliquée exactement ; la bande de caoutchouc placée à la racine du membre est retirée, on enveloppe le tout d'un appareil plâtré dans lequel est glissée une attelle postérieure en fil de fer. Le membre est installé dans le lit entre des coussins de sable de façon à lui donner de l'aplomb. Il reste ainsi jusqu'au 20e ou 25e jour ; l'appareil est alors fendu au niveau de la région opérée seulement ; toutes les parties du pansement placées au devant du genou sont enlevées avec soin ; les drains sont retirés ; on remet en place un peu de gaze iodoformée, quelques sachets, de la ouate de tourbe : c'est le seul pansement. Le membre reste dans l'appareil immobile jusque vers le soixantième jour : tout l'appareil est alors retiré pour remettre le membre solide dans un appareil silicaté en attendant le 4e mois, où on met un appareil protecteur en cuir bouilli, puis un soulier à talon et à semelle élevés. Assez rapidement les opérés apprennent à marcher, malgré la différence de niveau et laissent leur soulier de côté.

III. — Du traitement des perforations de l'appendice cœcal.

M. *Reclus* (1) rapporte trois observations d'inflammation et de perforation de l'appendice cœcal : il étudie à ce propos les conséquences de cette perforation produite généralement par des corps étrangers. Dans ces circonstances deux cas peuvent se présenter : ou bien l'appendice, libre de toute adhérence avec les tissus de voisinage, laisse écouler par sa perforation des matières septiques et provoque une péritonite généralisée ; ou bien une inflammation chronique a peu à peu déterminé la formation de fausses membranes résistantes et isolé une poche, dans laquelle est renfermé le pus ; la péritonite généralisée est ainsi évitée. Dans les deux cas il faut pratiquer la laparotomie ; elle aura d'autant plus de chances de réussir qu'elle sera plus hâtive.

Quelques opérateurs font l'incision médiane, M. Reclus préfère l'incision oblique, parallèle à l'arcade de Fallope et prolongée en haut autant qu'il est nécessaire ; elle permet plus facilement l'accès des foyers et leur désinfection. On peut compléter cette incision par une laparotomie médiane, si l'on voit que la péritonite est généralisée et doit elle-même être traitée.

Gerster a décrit plusieurs variétés de ces appendicites. Dans l'une la lésion siège suivant la di-

(1) Société de chirurgie, 30 juillet.

---

comme l'a reconnu Christmas, le pus ainsi produit n'est pas pyogène ; et, comme l'a indiqué Karlinsky, il est capable de se résorber.

Deux substances différentes donnent à cette culture stérilisée son pouvoir pyogène : une diastase que Christmas rend inactive en la chauffant à 115°, une ptomaïne que Leber a isolée. D'autres diastases ont une action locale phlogogène, celle, par exemple, qu'Arloing a signalée parmi les produits du microbe de la péripneumonie épizootique et qui provoque l'œdème inflammatoire. D'autres ptomaïnes aussi ont une action locale phlogogène : en effet, Grawitz, puis Behring, ont démontré que la cadavérine provoque la suppuration sans microbes. L'œdème et la suppuration résultant de l'exsudation et de la diapédèse, sont l'expression d'actes réactionnels accomplis par les vaisseaux ; mais la réaction vasculaire est-elle directe, résultant de l'action chimique immédiate des produits bactériens sur les vaisseaux ? Je ne le crois pas. Dans le tissu où s'opèrent les phénomènes locaux de l'infection, il n'y a pas que les cellules ou les vaisseaux pour subir l'irritation que provoquent les substances sécrétées par les microbes ; il y a aussi les nerfs. L'irritation des filets nerveux provoque un réflexe qui se traduit, dans la région d'où est partie l'excitation, par une dilatation vasculaire active qui place les vaisseaux dans la situation étudiée par Conheim comme étant le stade préalable de la diapédèse ; la colonne des globules rouges au centre, la zone claire du plasma entre les globules rouges et la paroi vasculaire, et dans cette zone claire les leucocytes qui gagnent la surface interne du vaisseau, s'y appliquent, s'y étalent et s'insinuent entre les endothéliums.

La diapédèse est le résultat d'une dilatation vasculaire active qui se produit dans la région où est encore circonscrite l'infection ; et cette dilatation est l'effet d'un réflexe sollicité par l'irritation des nerfs de cette même région, mis au contact des produits bactériens.

Dans les cas où la maladie infectieuse se généralise d'emblée sans s'accompagner de lésion locale au point d'introduction, c'est-à-dire sans que l'agent infectieux provoque la diapédèse, faut-il supposer que les choses se passent de la sorte parce que les microbes qui causent ces maladies ne sécrètent pas de matières capables de produire l'irritation locale, et qu'ils font l'infection générale parce qu'ils sont incapables de faire la lésion locale ?

C'est possible, mais j'affirme que ce ne peut être que l'exception. Je n'en veux qu'une seule preuve : les agents pathogènes qui provoquent l'infection générale d'emblée sans lésion locale, n'amènent plus l'infection générale, si on les atténue, mais produisent alors une lésion locale. Je ne suppose pas que l'atténuation les dote d'une fonction sécrétoire nouvelle qui les rendrait capables d'exercer une action irritante locale. La règle, c'est que les microbes de cette sorte sécrètent des matières irritantes, mais qu'ils sécrètent aussi une matière qui empêche la diapédèse de s'effectuer.

(A suivre.)

rection d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic ; c'est à ce niveau qu'existe la voussure sur laquelle doit porter l'incision. Dans une autre variété, c'est en arrière qu'existe la collection purulente, bien limitée par les fausses membranes isolantes. D'autres fois la région rectale est celle qu'occupe l'abcès. Enfin, Gerster a décrit la localisation de la suppuration au niveau du méso-cœliaque et l'ouverture possible de l'abcès dans l'intestin. La laparotomie médiane est la seule intervention qui permette, dans ces cas-là, de découvrir et de traiter convenablement la poche purulente.

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une appendicite sans perforation, M. Reclus conseille d'attendre et ne pas inciser l'abdomen immédiatement ; on s'exposerait à faire une opération inutile, voire même dangereuse, l'appendicite pouvant guérir d'elle-même.

IV. — De la tuberculose chirurgicale (1).

Le Dr Paul Thiéry, prosecteur de la Faculté de Paris, a recueilli et réuni dans un important travail 258 observations de tuberculoses chirurgicales : il montre dans ces tuberculoses localisées quel est le traitement pré et post-opératoire, quelles sont les suites immédiates et éloignées de l'intervention chirurgicale.

Les tuberculoses locales sont d'une extrême fréquence, qui est au contingent des maladies chirurgicales ce qu'est la tuberculose pulmonaire en pathologie interne; elles ne sont en réalité que des tuberculoses *périphériques* et localisées; leur suppression pure et simple sans aucun traitement adjuvant ne saurait assurer contre la récidive ou la tuberculose viscérale ; le temps pendant lequel la tuberculose est *locale* est excessivement court et ne saurait être pris en considération dans le traitement chirurgical de ces lésions. Il faut cependant opérer ces tuberculoses locales : elles peuvent constituer pour le malade de graves infirmités ou être une cause d'épuisement pour l'organisme ; de plus, abandonnées à la nature ou soumises à la thérapeutique médicale seule, elles *n'ont pas de tendance à la guérison.*

D'une manière générale, les suites *immédiates* des interventions sont encourageantes ; les résultats sont d'autant meilleurs qu'on se rapproche davantage du début de la manifestation locale ou que l'opération a pour but de supprimer un foyer de rétention et de suppuration. Dans le premier cas on peut toujours espérer d'obtenir la réunion immédiate ; dans le second cas, l'état général est le plus souvent heureusement influencé. Ces résultats immédiats varient suivant qu'il y a ou non coexistence de tuberculose pulmonaire, suivant la nature et le siège de la lésion, suivant la nature de l'intervention.

Dans les tuberculoses bien localisées, sans diffusion à travers les tissus voisins, l'opération doit être radicale ; dans les cas contraires, il faut se contenter d'un traitement plus anodin (topiques, injections modificatrices, etc.).

Lorsqu'il n'y a pas une urgence absolue, une tuberculose pulmonaire très avancée peut contre-indiquer l'opération ou ne permettre que quelques opérations légères dans les cas ou l'intervention est indispensable et où l'état général du malade peut en bénéficier.

Malgré l'excellence apparente des suites immédiates, le malade n'en reste pas moins exposé du fait de la nature tuberculeuse de la lésion à quelques complications étrangères à la marche banale des plaies opératoires : échec de la réunion, récidive immédiate, aggravation de lésions pulmonaires antérieures, tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération, méningite tuberculeuse, généralisations qui jointes aux accidents des suites éloignées nécessitent un traitement prophylactique spécial.

Les résultats éloignés des opérations sont de beaucoup inférieurs aux résultats immédiats : pour les bien apprécier, il faut suivre longtemps les malades et ne faire entrer en ligne de compte que les observations complètes, la récidive étant souvent très tardive. Ces suites éloignées comprennent localement des succès thérapeutiques en nombre restreint ; quant à l'amélioration de l'état général des tuberculeux à la suite de l'intervention, le plus souvent elle n'est pas durable ; la guérison est exceptionnelle. Ces suites éloignées sont compliquées : *a)* au point de vue local par la fréquence des échecs thérapeutiques, des récidives locales, des récidives circonvoisines, ascendante et à distance ; *b)* au point de vue de la marche des lésions pulmonaires par l'aggravation ou la reprise des accidents à la suite d'une amélioration passagère, par l'apparition postérieurement à l'opération de lésions pulmonaires non constatées antérieurement.

On ne peut songer au traitement abortif de la tuberculose par l'exérèse de la manifestation locale au moins dans les conditions ordinaires et par les moyens actuellement mis en pratique ; le résultat est parfois réalisé, mais dans des conditions qu'il n'est pas possible actuellement de déterminer exactement. Toutefois, de l'étude comparée de l'expectation et de l'intervention il résulte que les tuberculoses périphériques ont peu de tendance à la guérison spontanée ; c'est à l'opération qu'il faut avoir recours, malgré des suites éloignées peu encourageantes : l'abstention ne saurait être conseillée.

Ainsi on doit opérer les tuberculeux et les malades affectés de lésions périphériques tuberculeuses chaque fois que l'état général du sujet permet d'intervenir ; mais ils doivent être soumis au traitement opératoire capable de guérir leur affection chirurgicale non comme les autres malades, mais comme les sujets *diathésiques*, c'est-à-dire sous la réserve de précautions spéciales multiples que l'on peut réunir sous le nom de traitement pré- et post-opératoire qu'il faut instituer au plus tôt.

Le traitement pré-opératoire comprend la désinfection du foyer local et la stérilisation des foyers d'infection : il consiste à imprégner l'organisme d'un antiseptique qui puisse s'opposer à la colonisation des bacilles, à mettre en un mot le tuberculeux dans les conditions d'un malade ordinaire. C'est cette pratique que le professeur Verneuil a formulé ainsi : « Chaque fois, dit-il, que j'opère un tuberculeux, s'il y a une lésion profonde non ouverte à l'extérieur, telle qu'une articulation malade à redresser, des ganglions à enlever, etc., je prescris l'iodoforme à l'intérieur par la bouche à la dose de 5 à 15 centigr. par jour, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. S'il y a lésion ouverte, ulcération, fistule, je saupoudre la plaie avec l'iodoforme finement pulvérisé, ou j'y introduis les crayons d'iodoforme solidifiés, ou encore j'y injecte une quan-

(1) P. Thiéry, th. in. Paris, 1890.

tité suffisante d'éther iodoformé à 5 pour 100. En cas d'abcès, j'injecte directement l'éther iodoformé dans sa cavité. Les jours suivants j'examine les urines et lorsqu'elles présentent la réaction caractéristique avec l'acide nitrique et le chloroforme, je me crois en mesure de procéder. »

Quant au traitement post-opératoire, il comprend les agents médicamenteux et les mesures hygiéniques. L'iodoforme, la créosote unie à la glycérine ou à l'huile de foie de morue doivent en former la base. M. Verneuil leur associe volontiers les préparations iodées, arsenicales ou sulfureuses. Le traitement hygiénique consiste dans le séjour à la campagne, dans les plages maritimes, etc.

CONGRÈS DE BERLIN

Développement de la puberté et son rapport avec les maladies observées dans la jeunesse des écoles.

M. *Axel Key* (de Stokholm). — La plus grande croissance a lieu dans la huitième année, l'accroissement devient ensuite régulier jusqu'à treize ans ; puis, chez le garçon, la dix-septième année est remarquable par un accroissement rapide en longueur et en poids ; chez les filles, l'accroissement est surtout marqué de douze à quinze ans.

Le développement varie dans les différentes nations. Mais partout le moment de la puberté est un âge critique. Les influences climatériques et sociales activent ou retardent le passage à la puberté et les phénomènes de la croissance. Les enfants des pauvres se développent plus lentement et moins bien, l'accroissement en poids est plus marqué pendant les mois d'été que pendant l'hiver.

Au point de vue de l'état sanitaire de la jeunesse au moment de son développement, plus du tiers des enfants sont atteints de maladies chroniques. Leur santé s'altère davantage chaque année scolaire. La courbe des maladies s'abaisse après la puberté pour s'élever de nouveau vers l'âge de dix-neuf à vingt ans.

On demande un temps d'école si prolongé et des travaux si soutenus à la jeunesse suédoise, qu'elle manque du sommeil nécessaire. L'excès du travail empêche le développement spontané de l'intelligence des jeunes enfants.

Traitement de la maladie de Bright chronique.

M. *Lépine* (Lyon). — La *sécrétion* rénale étant indispensable pour la dépuration du sang, le danger d'une néphrite chronique consiste dans son insuffisance. La grande indication est d'empêcher cette insuffisance d'aboutir à l'urémie. Mais en favorisant l'urination, on se gardera de surmener le rein. D'autre part, il importe de maintenir la nutrition en bon état et même de la relever, si elle est déjà languissante. On voit que ces diverses indications sont quelque peu opposées ; il faut à la fois bien nourrir le malade et diminuer le travail de l'épithélium ; exciter la sécrétion, et ne pas irriter le rein. Cela semble une double antinomie.

Il est cependant possible de satisfaire à ces desiderata : tout d'abord il faut, dans les *ingesta*, diminuer la proportion des albuminoïdes, relativement aux substances grasses et hydrocarbonées, les déchets de ces deux ordres d'aliments n'étant pas excrétés par le rein.

Non seulement on restreindra dans l'alimentation la part des albuminoïdes, mais on écartera soigneusement les aliments renfermant des substances azotées de déchet ; car il ne servirait de rien de diminuer leur production dans l'organisme si l'on en laissait entrer par l'alimentation. Ainsi dans le cas où l'on permettra la viande — et ce sera toujours en très petite quantité — il faudra interdire absolument les viandes faisandées et les aliments du même genre.

Le lait remplit assez bien les diverses indications précédentes. Théoriquement, on peut seulement lui reprocher d'être encore trop riche en albuminoïdes, par rapport aux substances hydrocarbonées ; mais, en revanche, il présente des avantages incontestables : il ne renferme pas de matériaux de déchet ; par conséquent, tout l'azote, *qui sera absorbé*, sera utilisable ; il est riche en graisse ; aucun des principes qu'il renferme ne paraît susceptible d'irriter l'épithélium rénal ; enfin, il est diurétique. Ainsi, non seulement il n'introduit pas de matériaux de déchet plus ou moins toxiques, mais il contribue à éliminer ceux qui se forment dans l'organisme.

En fait, quelques brightiques s'accommodent fort bien du lait comme alimentation exclusive, et un certain nombre en retire de sérieux avantages ; mais la plupart s'en dégoûtent au bout d'un certain temps et refusent de le continuer, ou bien le digèrent assez mal pour qu'on doive en suspendre l'emploi. A l'état normal, l'homme résorbe près de 90 % de l'azote du lait ingéré ; le brightique, dont le tube digestif est si rarement intact, en résorbe une proportion moindre.

Sauf exception, on ne peut donc tenir les brightiques au régime lacté pur : mais, comme on l'a vu plus haut, même au point de vue théorique, le régime lacté exclusif n'est pas désirable. Il y a donc tout avantage à adjoindre au lait des légumes frais et secs, bien digestibles, du pain, des farineux, etc., qui augmentent la proportion des hydrocarbonés.

Je n'ai rien à dire de spécial au sujet des indications détaillées des aliments *permis et défendus* ; je m'en abstiens d'autant plus volontiers que je crois à d'assez grandes susceptibilités individuelles dépendant sans doute de la digestion. L'état de cette dernière est un élément de la plus haute importance : toute mauvaise digestion peut engendrer des principes toxiques, qui, en s'éliminant, peuvent irriter le rein et qui, s'ils sont retenus, seront une source d'intoxication.

L'albuminurie, symptôme de *transsudation*, paraît assez indépendante de la *sécrétion* rénale. Toutefois, comme on n'est pas sûr qu'une augmentation de l'albuminurie ne corresponde pas, dans une certaine mesure, à un état plus défectueux de la sécrétion, il sera bon de suivre, pour ainsi dire jour par jour, les variations de l'albuminurie et d'en tenir compte. Je ne crois pas prudent de permettre les œufs aux malades chez lesquels ils produisent une augmentation de l'albuminurie ; en tout cas, on interdira les blancs et on n'accordera que les jaunes. De même on ne concédera le poisson de mer que sous bénéfice d'inventaire, attendu que quelques brightiques voient augmenter leur albuminurie après l'ingestion de certains de ces poissons. On ne sait s'il faut attribuer ce fait à l'altération si facile de la

chair de ces animaux ou à quelque principe inconnu.

Pour favoriser la diurèse, sans irriter l'épithélium sécréteur, on pourra recourir aux eaux minérales légèrement alcalines, à la tisane de queue de cerises et de barbe de maïs, etc. Ces boissons suffisent souvent ; mais, quand la diminution de la diurèse s'accompagne des signes de la faiblesse du cœur, parmi lesquels j'ai toujours rangé le bruit de galop, il est nécessaire de recourir aux médicaments cardiaques. Au premier rang, je place la digitaline cristallisée (ou dissoute dans le chloroforme). Même chez les brightiques, je ne crains pas d'en donner en une fois un milligrammo (et parfois deux milligrammes) ; mais je ne l'administre jamais deux jours de suite et j'attends même plusieurs jours pour que l'élimination du médicament soit complète, avant de réitérer son administration.

La caféine, qui exerce aussi, comme on sait, une action spécifique sur l'épithélium rénal, m'a rendu également les plus grands services à la dose d'un gramme *au moins*, surtout en injection. Le salicylate de théobromine, à la dose de 3 grammes, est relativement bien moins actif ; le strophantus est à rejeter à cause de son action irritante sur le rein, et il en est de même de la scille, qui m'a paru parfois déterminer de légères hématuries.

L'iodure de potassium, qui est aussi un diurétique, trouve sa principale indication dans l'artério-sclérose. Le calomel me paraît à rejeter.

Quand le défaut de diurèse tient à l'œdème congestif du rein, les révulsifs sur la région lombaire sont fort utiles.

Dans les cas d'hydropisies, si les diurétiques et les révulsifs sur la région rénale ne suffisent point à la résorption du liquide, on pourra recourir aux tubes de Southey, qui sont sans inconvénients, et amènent, lorsque l'œdème n'est pas dur, des résultats parfois excellents. Quant aux bains de vapeur je ne les ai presque jamais employés, de crainte d'urémie ; mais j'ai fréquemment conseillé le repos au lit qui agit à la fois en maintenant la peau à une température constante, en empêchant le malade de se fatiguer On sait que la marche est généralement nuisible aux brightiques.

Il est superflu de leur recommander d'éviter l'impression du froid et de l'humidité. A cet égard l'opinion est unanime. Aussi le séjour dans les climats plus chauds que le nôtre est-il jugé très utile pour eux.

Enfin, ils doivent se préserver autant que possible de certaines maladies intercurrentes, susceptibles de se localiser sur les reins : la fièvre scarlatine et intermittente, voire même la grippe.

Je termine en disant : le brightique doit avant tout redouter l'urémie.

(*A suivre.*)

Congrès de l'Association pour l'avancement des Sciences

A LIMOGES

De l'antisepsie intestinale dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. *Teissier* (de Lyon). — Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains et les lavements froids a toujours des partisans convaincus, mais il est des cas qui ne conviennent pas à ce traitement. Ainsi, l'année dernière, un certain nombre de malades, mis dans le bain, non seulement ne retiraient aucun bénéfice du traitement, mais paraissaient s'en mal trouver, la fièvre augmentait. Les bains froids peuvent produire de l'antithermie, mais non de l'antisepsie, distinction capitale à établir dans le traitement de cette affection. L'eau froide ne peut rien contre le bacille d'Ebert ; il y a donc lieu de chercher à mieux faire.

M. Teissier pense que l'antisepsie intestinale, par les médicaments, est supérieure aux bains froids ; car elle répond à des indications plus logiques, puisqu'on peut ainsi faciliter l'élimination et la neutralisation des produits sécrétés par les bacilles. Il a employé dans une série de 15 cas, le naphtol α, qui lui a donné 15 guérisons ; en même temps il a administré des lavements d'eau froide dans le double but d'amener l'hypothermie et de débarrasser l'intestin des matières septiques qu'il pouvait renfermer. Ce traitement mixte lui paraît donc le meilleur actuellement.

M. *Prosper Lemaistre* (de Limoges), au moyen de l'antisepsie par le sulfate de quinine, a aussi obtenu de meilleurs résultats qu'autrefois dans la fièvre typhoïde, mais ils ne sont pas encore aussi bons que ceux annoncés par M. Teissier, aussi se promet-il d'employer ce mode de traitement à la première occasion.

M. *Mayet*, partisan convaincu du traitement par l'eau froide, qu'il emploie généralement, pense que dans certains cas ce traitement ne saurait convenir, comme il a pu s'en assurer l'an dernier pendant qu'il remplaçait M. Teissier ; aussi pense-t-il que, dans ces cas, il faut avoir recours à l'antisepsie intestinale, et n'hésiterait-il pas à employer le naphtol α qui a donné de si bons résultats à son collègue M. Teissier et à lui-même.

M. *Grasset* (de Montpellier) est absolument du même avis que M. Teissier sur le traitement de la fièvre typhoïde. Suivant les indications, il faut varier ce traitement, par exemple prescrire la caféine quand le cœur faiblit, etc. Mais la base du traitement est l'antisepsie intestinale, qui permet de combattre directement le bacille d'Eberth et il pense que le meilleur antiseptique est le naphtol associé ou non au salicylate de bismuth, comme MM. Bouchard, Teissier et autres l'admettent aujourd'hui.

Pathogénie des affections cardiaques de croissance et de surmenage.

M. *Adolphe Bloch* (Havre). — La croissance d'une part, et le surmenage de l'autre, peuvent occasionner l'hypertrophie ou la dilatation cardiaque, indépendamment de toute lésion valvulaire.

Les affections cardiaques par surmenage physique (cœur forcé), sont maintenant admises par la plupart des médecins, mais les affections cardiaques de croissance sont encore contestées.

Ayant rencontré un assez grand nombre d'hypertrophies du cœur survenues pendant la croissance, je pense que cette maladie existe réellement.

L'hypertrophie cardiaque peut déjà se montrer vers l'âge de 10 à 12 ans, mais en général, elle n'est bien manifeste que vers l'âge de 17 ans environ.

Les signes physiques et fonctionnels sont bien ceux d'une hypertrophie vraie.

J'ai d'ailleurs vu bon nombre de jeunes gens, atteints d'hypertrophie de croissance, qui avaient été réformés par les conseils de revision, déjà avant le recrutement, donc avant que le surmenage physique ait commencé.

Voici comment je comprends la pathogénie des hypertrophies cardiaques qui surviennent pendant la croissance :

C'est bien la croissance qui produit l'hypertrophie, mais elle n'en est qu'une cause occasionnelle. La cause prochaine, sans laquelle les causes occasionnelles ne sauraient agir, est la *prédisposition morbide* par hérédité dissemblable.

On rencontre, en effet, chez les ascendants, diverses maladies héréditaires dont les principales sont : la tuberculose pulmonaire, le nervosisme (neurasthénie) et l'alcoolisme.

Quand on connaît les parents de ceux qui sont ainsi atteints d'hypertrophie cardiaque, il est facile de constater la transformation de ces maladies héréditaires dans la descendance.

D'un autre côté, en examinant l'organisation physique de tous ceux qui ont une hypertrophie cardiaque, de croissance, on remarque d'abord qu'ils présentent très souvent d'autres anomalies corporelles. Celles que j'ai vues sont les suivantes : des malformations crâniennes et faciales de toutes sortes, des oreilles asymétriques, des érosions et malformations dentaires, des conformations vicieuses de la cage thoracique, des nodosités à l'articulation phalango-phalanginienne. (Je considère que les érosions dentaires proviennent fréquemment, en dehors de la syphilis, soit de la scrofulo-tuberculose, soit du nervosisme, soit encore de l'alcoolisme des parents.)

Ensuite, j'ai constaté que les sujets auxquels la croissance occasionne l'augmentation de volume du cœur sont presque toujours des névropathes.

Ceux qui sont atteints d'hypertrophie cardiaque pendant la croissance sont donc des dégénérés chez lesquels la tare héréditaire a empêché le développement régulier du cœur, comme elle peut empêcher le développement régulier de tout autre organe.

Cette hypertrophie cardiaque peut être totale, c'est-à-dire intéresser le ventricule droit aussi bien que le ventricule gauche.

Ce que je viens de dire pour l'hypertrophie de croissance s'applique aussi au cœur forcé par surmenage physique.

C'est l'hérédité morbide qui, en rendant le cœur irritable et incapable de résister à la fatigue, est la cause première des lésions qu'on a signalées dans le surmenage.

Ainsi donc l'hérédité morbide dissemblable peut non seulement produire de simples palpitations nerveuses, elle peut encore engendrer des altérations comme l'hypertrophie et la dilatation cardiaque, voire même la myocardite, puisque elle a aussi été constatée chez ceux qui succombaient à la suite d'affections cardiaques de surmenage.

Dilatation de l'estomac et glycosurie.

M. *Dérignac* (Limoges). — Dans deux cas que j'ai observés, la glycosurie a disparu avec la cessation des accidents gastro-intestinaux aigus. Sa présence n'a pas paru fournir d'indications thérapeutiques spéciales ; elle commande toutefois l'observance d'une hygiene alimentaire appropriée.

Etant donné l'état général constitutionnel des sujets (arthritiques obèses, dystrophiques), on peut se demander si ces glycosuriques temporaires ne sont pas destinés à devenir définitivement plus tard des diabétiques.

(*A suivre.*)

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE DE ROUEN

Sur le cocaïnisme.

M. *Saury* (de Paris) rapporte l'observation d'un malade atteint de morphino-cocaïnisme, avec troubles délirants et hallucinatoires consécutifs. Ce malade, qui s'adonnait, depuis 1883, à l'usage des préparations opiacées, n'avait pris l'habitude quotidienne des injections sous-cutanées de morphine, qu'à partir du mois de février 1889. Aucun accident appréciable n'était encore résulté de ces pratiques, lorsque, au mois d'août de la même année, un médecin lui conseilla de remplacer la morphine par la cocaïne. La tentative eut lieu, en effet, avec toutes ses fâcheuses conséquences : trois mois ne s'étaient pas écoulés que le malade perdait l'appétit et le sommeil, et tombait dans un état de marasme qui devait augmenter de jour en jour. Des vertiges, des syncopes, des attaques épileptiformes, ne tardaient pas à compliquer une situation déjà alarmante. Du côté intellectuel, les désordres n'étaient pas moins rapides et moins accusés. La stimulation cérébrale produite par la cocaïne déterminait bientôt les hallucinations et le délire. Dès le mois d'octobre, le malade se présentait avec toutes les allures d'un persécuté. Dans la rue, on l'interpellait, on le regardait de travers, tout le monde avait l'air de s'occuper de lui ; des voix l'engageaient à surveiller la conduite de sa femme, et le tournaient en ridicule ; des gens s'introduisaient dans son appartement, se cachaient dans la cheminée, derrière les meubles, pour se rapprocher de sa femme, car dans son esprit, la malveillance dont il se croyait l'objet, n'avait qu'un but, celui d'exciter ses sentiments de jalousie. En dehors de ces manifestations on remarquait des perversions des autres sens et surtout de la sensibilité cutanée : le malade était poussé à fouiller avec des aiguilles ou la pointe d'un canif, dans les ulcérations produites par les piqûres pour en extraire le contenu. L'abcès prenait souvent une forme animée et le malade croyait voir en sortir des animalcules. Ces troubles de la sensibilité cutanée seraient, d'après M. Saury, caractéristiques de l'action de la cocaïne. De cette observation et de celles qu'il a déjà publiées (janvier-février 1889), l'auteur conclut que la cocaïne est un toxique autrement redoutable que la morphine, et par la rapidité et par l'intensité de ses désordres intellectuels, moteurs et sensitifs. On ne saurait trop porter ces faits à la connaissance des praticiens ; quand on les connaîtra mieux, on sera moins disposé à recommander la cocaïne aux morphiniques pour remplacer leur poison habituel.

M. *Cullere* dit qu'il a observé des manifestations analogues chez un malade qui prenait des injections de morphine et de cocaïne, mais qu'il les a rapportées à de l'alcoolisme concomitant.

M. *Saury* répond que chez les sept cocaïniques qu'il a eu l'occasion d'observer, l'alcool n'était pour rien dans la genèse du délire hallucinatoire :

non seulement ses malades ne buvaient pas, mais il faut dire aussi que parmi les délires toxiques, celui de l'alcoolisme présente des caractères (prédominance des hallucinations visuelles) qui permettent de le distinguer.

M. *Séglas* rapporte l'observation d'un malade qui prenait 2 grammes de cocaïne et une dose presque égale de morphine par jour. Il ne se livrait pas à l'alcool et cependant les faits prédominants chez lui étaient des troubles de la sensibilité. Fait presque ordinaire chez les malades cocaïniques, il croyait avoir de petits insectes sous la peau, et il cherchait à les extraire avec une aiguille; il en voyait également sous la peau des autres et leur proposait de les extraire par le même moyen. Les hallucinations de la vue étaient plus faibles et de date postérieure. Un fait à signaler est l'exacerbation des troubles de la sensibilité, le soir à la période hypnagogique. Cette particularité est à rapprocher de ce qu'on voit dans les délires alcooliques, ainsi que les idées de jalousie, fréquentes chez les alcooliques et observées par M. Saury chez son cocaïnique.

(A suivre.)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale tenue à Vesoul le 6 juin 1890.

(Suite).

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE.

Nous reproduisons le rapport de M. Verdalle, trésorier à l'Assemblée générale de cette caisse.

Rapport de M. Verdalle, Trésorier.

Messieurs et très honorés Collègues,

Nos recettes se sont élevées, pour 1889-90, du 11 juin 1890, date de notre dernière Assemblée général, au 12 avril 1889, à la somme de 39,745 fr. 76, savoir :

En caisse au 11 juin 1889. Fr.	1.927 97	
Cotisations	31.410 »»	
Don du *Concours médical.*	200 »»	
Intérêts des valeurs	6.182 65	
Profits et pertes	25 14	
		39.745 76

Nos dépenses se sont élevées à la somme de 38,961 fr., savoir :

Achat de valeurs......Fr.	37.132 70	
Frais généraux	1.428 30	
Remboursement à Mme V..	400 »»	
		38.961 »»
Excédent des recettes.....Fr.		784 76

Il reste donc en caisse au 12 avril 1890 une somme de 784 fr. 76.

SITUATION AU 12 AVRIL 1890

Recettes.

Cotisations...........Fr.	219.297 35	
Dons à la Caisse des Pensions	2.500 »»	
Dons à la Caisse auxiliaire.	650 »»	
Profits et pertes	448 28	
Intérêts des valeurs	24.318 15	
Remboursements et amortissement	493 90	
		247.707 68

Dépenses.

Portefeuille..........Fr.	236.217 40	
Frais généraux	7.808 63	
Remboursements	2.896 90	
Reste en caisse au 12 avril 1890	784 75	
		247.706 68

Après la lecture de ce rapport, l'Assemblée vote sur les questions suivantes mises à l'ordre du jour de la séance.

Rapport Massin sur l'Inspection médicale dans les écoles primaires. — Revaccination.

L'Assemblée prie les Médecins, membres de l'Assemblée départementale, de vouloir bien, à la session d'août, s'occuper de l'Inspection médicale et de la revaccination. Elle émet le vœu que la revaccination devienne obligatoire pour les enfants à partir de dix ans, et ne demande aucune indemnité pour les frais que cette opération occasionnera aux Médecins dans les communes où ils vaccinent d'habitude.

Rapports de MM. Baudin et Motet.

L'Assemblée remercie les Membres de l'Association des Médecins du Doubs et de la Société de Médecine de Besançon d'avoir bien voulu inviter leurs confrères de la Haute-Saône à assister à la réunion du 21 février dernier, où a été discuté le tarif d'honoraires en matière criminelle. Elle accepte, comme eux, les décisions prises par l'Assemblée de l'Association générale des Médecins de France le 14 avril dernier, en regrettant toutefois que ce tarif ne représente pas celui de 1811, en tenant compte, bien entendu, de la dépréciation subie par l'argent depuis cette époque.

Indemnité en cas de maladie.

L'an dernier, une Commission avait été nommée pour chercher les moyens d'établir une Caisse d'assistance en faveur des Médecins de la Haute-Saône qui viendraient à être malades ; elle n'a rien cherché. Aujourd'hui, l'Assemblée revient sur cette importante question, et, après une discussion sérieuse, il est arrêté que, tout en attendant les conclusions de la Commission nommée par le Conseil général, il serait bon de mettre à l'étude un projet d'assistance entre départements limitrophes, entre Médecins de la Franche-Comté, par exemple. Le docteur Gauthier, sur le zèle duquel on peut toujours compter, et qui connaît, à fond, cette question, a bien voulu se charger de ce travail, et fera un rapport à ce sujet. Il enverra un exemplaire de ce rapport aux Membres de la Chambre, qui seront convoqués ultérieurement pour en discuter les termes.

Projet de loi sur l'Assistance médicale gratuite.

L'Assemblée pense, comme son Président, que cette question est bien grave, que ledit projet est gros de menaces pour les praticiens de campagne surtout, et que les Médecins qui sont membres du Parlement feront bien de ne point le perdre de vue.

A propos de membres du Parlement, le Président lit une lettre du docteur Signard, député de la Haute-Saône, au Secrétaire du Syndicat de ce département. Dans cette lettre notre Confrère dit : « Je vous serais obligé de vouloir bien me faire connaître, en les précisant, les desiderata de notre Association sur la revision qui, cette fois, promet d'aboutir. » Et plus loin : « Je serais heureux de savoir si ces dispositions, que je vous signale en gros, répondent aux vues de notre Syndicat, et de pouvoir produire devant la Commission les modifications qui lui auraient paru devoir appeler l'attention du législateur. »

Lecture faite, le docteur Coillot fait remarquer : qu'il serait à souhaiter que les Médecins membres des deux Chambres fussent comme le docteur Signard, que tout n'en irait que mieux dans notre monde médical, mais que la plupart d'entre eux, à peine avaient-ils mis les pieds au seuil du Palais Bourbon, se hâtaient d'oublier leur qualité de Médecins pour ne plus penser qu'à celle de législateurs. Il ajoute qu'il espère que le docteur Signard continuera, comme par le passé, à s'occuper de nos Associations, et il prie l'Assemblée de lui adresser des remerciments. De vifs applaudissements se font entendre et montrent que tous les Membres de la Société approuvent les paroles de leur Président.

Allocation au Syndicat graylois.

Sur la proposition de son Président, l'Assemblée décide que désormais une somme de 60 fr. sera allouée annuellement au Cercle graylois, qui, seul des trois Syndicats créés primitivement dans les arrondissements de la Haute-Saône, a survécu et fonctionne à merveille, grâce au bon vouloir de ses Membres et à l'énergie de son Président.

Changement du jour de la réunion générale annuelle.

L'Assemblée décide que sa réunion annuelle aura lieu à l'avenir le 30 septembre de chaque année, n'importe le jour.

Composition de la Chambre syndicale.

Président de droit : Dr Clément, de Dampierre.
Vice-Président : Dr Spindler, de Ronchamp.
Trésorier : Dr Voisard, de Vesoul.
Secrétaire : Dr Maussire, de Vesoul.

DÉLÉGUÉS

Arrondissement de Vesoul : Dr Bontemps, de Jussey. — Dr Schurrer, de Vesoul.
Arrondissement de Lure : Dr Miroudot, de Villersexel. — Dr Stourme, de Luxeuil.
Arrondissement de Gray : Dr Massin, de Vauconcourt. — Dr Gourdan-Fromentel fils, de Gray.

CONSEIL JUDICIAIRE

M. Grillon, Avocat à Vesoul.

ARRONDISSEMENT DE GRAY.

MM. Bouchard, Bucey-les-Gy. — Clément, Dampierre. — Demaiche, Oiselay. — Goudot, Fresne-Saint-Mamès. — Gourdan-Fromentel, Champlitte. — Gourdan-Fromentel père, Gray. — Gourdan-Fromentel fils, Gray. — Guyot, Tromarey. — Massin, Vauconcourt. — Perchet, Autet. — Pinguet, Choye. — Renaud, Gy. — Richard, Autrey-les-Gray. — Serrigny, Mantoche. — Signard, Gray. — Volette, Dampierre.

ARRONDISSEMENT DE LURE.

MM. Billotte, Lomont. — Burlet, Grangès-le-Bourg. — Chané, Fougerolles. — Dupont, Saint-Loup. — Fournier, Vauvillers. — Gauthier, Luxeuil. — Grisey, Melisey. — Groz, Luxeuil. — Henri, Saulx — Juif, Melisey. — Levrey, Lure. — Miroudot, Villersexel. — Mossmann, Luxeuil. — Paris, Luxeuil. — Spindler, Ronchamp. — Stourme, Luxeuil.

ARRONDISSEMENT DE VESOUL.

MM. Bedon, Noroy-le-Bourg. — Blanchot, Grandvelle. — Blandin, Port-sur-Saône. — Bontemps, Jussey. — Coillot, Montbozon. — Corne, Vesoul. — Delerse, Rioz. — Doillon, Vesoul. — Glanchard, Vesoul. — Guillaume, Vesoul. — Guilleminot, Scey-sur-Saône. — Hory, Morey. — Lecreux, Jussey. — Loiselot, Passavant. — Maussire, Vesoul. — Metzquer, Montbozon. — Mouchotte, Vitrey. — Pitoy, Combeaufontaine. — Racine, Scey-sur-Saône. — Revaclez, Voray. — Schurrer, Vesoul. — Tournier, Faverney. — Voisard, Vesoul.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Cours de thérapeutique hydro-minérale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur, professeur libre d'hydrologie médicale à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris. — Leçons détachées : XIVe leçon : Synthèse du cours. Memento pratique ; Analyse des eaux minérales ; Electricité ; Matières organiques ; Boues ; Micro-organismes ; Mode d'emploi des eaux minérales ; Principales applications des eaux minérales ; Scrofule ; Arthritisme et ses manifestations ; Goutte ; Gravelle ; Lithiase biliaire ; Diabète ; Maladies du système nerveux ; Maladies de l'appareil digestif ; Maladies de l'appareil respiratoire ; Maladies de la peau ; Maladies des femmes ; Maladies chirurgicales. — XVe Leçon : Pratique personnelle ; Vittel et ses eaux ; Les maladies et les malades qu'on y observe ; Statistique des manifestations arthritiques observées ; Tableaux graphiques ; Mode d'administration des eaux ; Dilatation de l'estomac et cure hydro-minérale ; Action physiologique des eaux et influence du traitement sur la production et l'élimination de l'acide urique ; Uricémie ; De quelques manifestations primordiales fréquentes de la goutte ; La goutte ; Formes et périodes observées ; Traitements mixtes ; Etat des urines dans la goutte, leurs variétés, leur séméiologie. — XVIe Leçon : Lithiase urinaire ; Gravelles organiques et inorganiques ; Action du traitement sur le rein atteint de Gravelles ; Traitement de la colique néphrétique ; Gravelles oxalique, calcaire et phosphatique ; Gravelle pileuse ; Gravelle simulée ; Incrustations et pierres vésicales ; Fragmentation spontanée de calculs vésicaux ; Cystite chronique ; Prostatite ; Du traitement de Vittel avant et après l'opération de la pierre ; Lithiase biliaire ; Constipation ; Glycosuries et diabètes. —Un volume in-8° de 130 pages. Prix : 3 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 35 30 Août 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Action de quelques antiseptiques sur le streptocoque et le staphylocoque pyogène.

MM. Tarnier et W. Vignal (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*) ont recherché l'action d'une série d'antiseptiques les plus employés sur les microbes de la suppuration et de l'infection purulente. Dans leurs premières séries d'expériences ils ont introduit leurs antiseptiques dans des bouillons dans lesquels ces microbes s'étaient développés ou dans des bouillons dans lesquels ils ajoutaient en même temps que le microbe l'antiseptique, mais cela ne constitue pas la partie originale de leurs recherches. Dans les secondes séries, ils ont imbibé des fragments de flanelle de culture pure ou à laquelle ils avaient ajouté de l'albumine pour placer les microbes autant que possible dans les conditions où ils se trouvent lorsqu'ils sont dans l'économie, et ils ont placé ces fragments de flanelle dans les solutions antiseptiques pendant des temps variables, puis, pour se débarrasser des substances antiseptiques, ils ont lavé pendant plusieurs heures ces fragments de flanelle dans de l'eau stérilisée.

Ils ont trouvé ainsi que les antiseptiques les plus énergiques étaient le bichlorure de mercure à 0,20 0/00, le biiodure de mercure à 0,50 0/00, l'acide phénique à 20 0/00, le permanganate de potasse à 0,25 0/00, le sulfate de cuivre à 5 0/00. Quant aux autres antiseptiques qu'ils ont essayés à des doses non dangereuses, leur degré de puissance était beaucoup plus faible.

Dans une dernière série d'expériences, ils ont cherché à constater cliniquement la valeur des antiseptiques que leurs expériences de laboratoires leur avaient montré être les meilleurs ; pour cela, ils ont expérimenté sur des femmes récemment accouchées. Ils ont recueilli avec des précautions convenables un peu de lochies sur un petit tampon de ouate stérilisée ; ce tampon était porté directement dans le col de l'utérus, puis ils ont introduit ces lochies dans des tubes de bouillon.

Leurs conclusions sont les suivantes : « Si nous envisageons les résultats de ces expériences cliniques, nous voyons qu'ils sont en accord avec les résultats que les expériences du laboratoire nous ont donnés.

« Le plus puissant antiseptique à une dose faible et par conséquent peu dangereux, est le bichlorure de mercure ; viennent ensuite l'acide phénique et le sulfate de cuivre, puis le biiodure de mercure, enfin, en dernier lieu, le permanganate de potasse.

« L'antisepsie presque parfaite ne peut s'obtenir qu'en pratiquant au moins une injection intra-utérine après la délivrance ; si on se contente d'injections vaginales, l'antisepsie est aléatoire. »

L'antisepsie par l'eau oxygénée.

M. *Paul Gibier* a exposé à l'Académie que, si, malgré plusieurs travaux importants démontrant le pouvoir antiseptique de l'eau oxygénée (bioxyde ou peroxyde d'hydrogène), l'usage de cette substance ne s'est pas encore répandu, cela tient à diverses causes dont la plus importante est l'inégalité de composition du produit fourni par l'industrie sous le nom d'eau oxygénée. Néanmoins, si l'on parvient à se procurer cette substance à l'état de pureté, on peut s'assurer qu'elle possède des propriétés germicides extrêmement énergiques. Les expériences que M. Gibier a faites sur différents microbes pathogènes (choléra, fièvre typhoïde, charbon, fièvre jaune, pyocianogène, pyogènes variés, rage, etc.) lui ont prouvé que l'action destructive de l'eau oxygénée sur les microbes est presque instantanée. Mais ce qui paraît tout à fait remarquable, c'est que malgré son action si énergique sur les cellules végétales microbiennes aux doses où il détruit ces parasites, le bioxyde d'hydrogène n'est pas seulement inoffensif pour les cellules animales, mais qu'encore il augmente leur vitalité. Le dégagement d'oxy-

gène à l'état naissant, tout en amenant la mort des bacilles, revivifie, en quelque sorte, les cellules animales attaquées par l'invasion microbienne. C'est un fait que M. Gibier a constaté pour les plaies causées par les morsures de chien. Il a pu, dans une autre circonstance, par des lavages et des pansements à l'eau oxygénée, arrêter instantanément un phagédénisme très grave consécutif à un ulcère spécifique.

Un fait pourra donner une idée de la tolérance des tissus pour l'eau oxygénée à la dose antiseptique : lorsque M. Gibier essaya l'action de ce liquide sur le virus rabique, il fit, en se servant du lapin, l'injection sur la dure-mère du cerveau ; quand il retira l'aiguille, un bouillonnement se produisit, amené par le dégagement de l'oxygène, mais l'animal n'éprouva aucun malaise immédiatement après l'injection, ni jamais depuis.

Il semblerait que c'est sous forme d'ozone que l'oxygène agit dans l'eau oxygénée ; ce qui paraît le démontrer, c'est que ce liquide donne les réactions de l'ozone et non celles de l'oxygène. Ce qui le prouverait encore, c'est que la glycérine combinée, selon le procédé découvert par M. C. Marchand, à 15 fois son volume d'ozone (glycozone), possède des propriétés antiseptiques très nettes, quoique à un moindre degré que l'eau oxygénée.

Traitement de la tuberculose par l'acide borique.

M. Ernest Gaucher rapporte dans une courte note et seulement pour prendre date, les recherches expérimentales et cliniques qu'il poursuit depuis cinq ans, relativement à *l'action de l'acide borique sur la tuberculose pulmonaire*, recherches qui ne sont pas encore terminées.

I. J'ai d'abord cherché, dit-il, à déterminer la toxicité de l'acide borique administré à l'intérieur, et j'ai trouvé que la dose toxique de ce médicament était au moins d'un gramme par kilogramme d'animal.

II. Je me suis assuré ensuite que l'élimination de l'acide borique se faisait facilement par la sécrétion urinaire, et qu'il n'y avait pas à craindre d'accumulation (voir ma communication à la *Société médicale des hôpitaux*, séance du 27 janvier 1888).

Depuis lors, j'ai constaté que l'acide borique s'éliminait, non seulement très facilement, mais très rapidement, à la façon des iodures par exemple.

III. *L'acide borique s'élimine aussi par l'expectoration* ; on le retrouve en quantité très appréciable dans les crachats des malades auxquels on l'a fait absorber par les voies digestives.

IV. Chez les lapins, d'après les résultats de mes expériences jusqu'à ce jour, l'acide borique, administré à l'intérieur, avec les aliments, a empêché l'évolution de la tuberculose.

J'ai injecté à des lapins, dans un des poumons, avec une seringue de Pravaz, une à deux gouttes de culture pure de tuberculose. J'ai réussi, de cette façon, à produire une tuberculose pulmonaire locale, qui est devenue caséeuse, sans se généraliser. Cette tuberculose a évolué plus ou moins rapidement ; quelques lapins sont morts avec des lésions tuberculeuses dans le poumon inoculé ; d'autres ont été sacrifiés et les mêmes lésions tuberculeuses ont été constatées à l'autopsie. Ces animaux témoins n'avaient subi aucun traitement.

A d'autres lapins, inoculés comme les précédents, avec la même culture, j'ai fait manger de l'acide borique pulvérisé, mêlé à du son. A l'ouverture de ces animaux, on n'a trouvé aucune lésion tuberculeuse, ni dans le poumon, ni ailleurs.

FEUILLETON

Conférence du Professeur Bouchard (*Suite*)

Sécrétions bactériennes qui empêchent la diapédèse.

J'ai mis deux ans à établir la réalité des substances qui s'opposent à la diapédèse et indirectement au phagocytisme.

Ayant appris que les matières sécrétées par les microbes, prises en bloc, ont une action vaccinante, j'avais imaginé qu'on obtiendrait plus vite l'immunité et qu'on hâterait la guérison en injectant dès le début de la maladie une dose notable de produits bactériens. Le résultat de l'expérience a trompé mon attente. Ces matières qui quatre jours après l'injection empêchent le microbe de produire la maladie, ont une action toute différente quand on les introduit dans le corps de l'animal au moment même de l'inoculation, ou très peu de temps avant ou après cette inoculation. Elles rendent la maladie plus rapide et plus grave, elles la rendent possible alors qu'elle n'aurait pas dû se développer soit en raison de l'exiguïté de la dose de virus inoculé, soit en raison de l'état réfractaire de l'animal. Elles triomphent en effet de l'immunité, de l'immunité naturelle aussi bien que de l'immunité acquise.

Cette aggravation de la maladie, ce renforcement apparent de la virulence causés par l'injection actuelle des produits d'un microbe, je les ai constatés d'abord avec le bacille pyocyanique ; Courmont les a observés avec un bacille qui produit chez la vache une pseudo-tuberculose. Roger les a vérifiés avec le bacille du charbon symptomatique et le *prodigiosus*, Monti avec le *proteus* et quelques autres saprophytes. Je les ai vus encore avec trois pathogènes, la bactéridie charbonneuse, le *staphylococcus aureus*, le bacille du choléra des poules.

En même temps qu'elle aggrave la maladie ou suspend l'immunité, l'injection des produits d'un microbe empêche la diapédèse et secondairement le phagocytisme que provoque naturellement ce microbe. Je l'ai démontré en suivant heure par heure, à l'aide de cellules capillaires placées sous la peau, l'activité avec laquelle se faisait la sortie des leucocytes et l'englobement des microbes chez les animaux inoculés, dont les uns recevaient la culture stérilisée, les autres n'étaient pas injectés avec ce liquide. En injectant les produits de la bactéridie charbonneuse, du bacille pyocyanique, du *staphylococcus aureus*, du bacille du choléra des poules, j'ai supprimé la diapédèse et le phagocytisme que provoquent ces microbes quand on les inocule à des animaux vaccinés ou à des animaux naturellement réfractaires.

Par l'inoculation des produits solubles de la bactéridie virulente, j'ai empêché le phagocytisme que détermine chez les animaux non réfractaires l'inoculation du charbon atténué. Par l'injection des produits solubles d'un microbe pathogène, j'ai rendu impossible la diapédèse et le phagocytisme que provoque l'inoculation d'autres microbes, que ces derniers ne soient nullement pathogènes, ou qu'ils soient des pathogènes atténués, ou qu'ils soient des virulents que j'inoculais à des animaux doués de l'immunité naturelle ou acquise.

Ce que l'examen microscopique démontrait dans tous ces cas, éclatait en quelque sorte dans une expérience très saisissante.

L'inoculation du bacille pyocyanique au lapin, ni-

Pour obtenir ce résultat, il a fallu une dose quotidienne d'acide borique de 0.20 centigrammes, pour des animaux pesant environ 3 kilogrammes.

Je ne me dissimule pas que ces expériences ont besoin d'être répétées un grand nombre de fois et j'institue en ce moment de nouvelles recherches.

V. Les résultats cliniques que j'ai obtenus de l'administration de l'acide borique aux tuberculeux, ont été exposés en partie dans ma communication déjà citée de janvier 1888.

D'une manière générale, j'ai observé chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire et soumis à l'usage interne de l'acide borique une diminution notable de l'expectoration qui devient plus fluide et moins purulente. L'acide borique n'est pas caustique ; il n'a aucun goût ; il n'a jamais produit aucun trouble gastro-intestinal. Je dirai même qu'il m'a semblé prévenir la diarrhée des phtisiques.

Au point de vue du résultat final, j'observe depuis 5 ans des tuberculeux soumis au traitement boriqué, dont les lésions sont restées stationnaires et dont l'état général est très satisfaisant ; et, cependant, je n'ai donné, jusqu'à ces derniers temps, à mes malades, qu'une dose quotidienne d'un gramme. Cette dose est insuffisante ; d'après mes expériences sur le lapin, il faut arriver à 4 grammes d'acide borique par jour, si l'on admet 60 kilog. comme poids moyen de l'homme, (0 gr. 20 : 3 kilogr. : : 4 gr. : 60 kilogr.). C'est la dose que j'atteins maintenant progressivement.

CONGRÈS DE BERLIN

(*Suite*).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

De la diphtérie.

M. *Lœffler* (Berlin). — La diphtérie n'a pas comme le choléra, de préférence pour certains climats ; elle est partout épidémique ; elle intéresse donc tous les médecins.

Nous ne pouvons pas attaquer un ennemi que nous ne connaissons pas. Aujourd'hui notre premier souhait est réalisé et nous pouvons espérer combattre la diphtérie avec succès. Les expérimentateurs de tous les pays sont unanimes à en trouver la cause dans le bacille que Klebs a découvert en 1883. Cette découverte nous donne enfin un point de départ assuré.

Tout d'abord il faut, de toute nécessité, isoler les malades autant qu'il est possible ; leur chambre ne doit contenir, comme meubles, que le lit et les ustensiles les plus indispensables. Ces conditions sont souvent très difficiles à obtenir dans les habitations particulières ; aussi est-il à souhaiter que tous les malades atteints de diphtérie, soient apportés dans des hôpitaux spéciaux. C'est là aussi que nous pourrons le plus aisément détruire le bacille sur les objets qui ont approché le malade ; tous ces objets, vêtements, lit, ustensiles, devront être soigneusement désinfectés à l'étuve à vapeur, à l'action de laquelle le bacille ne résiste pas.

Le bacille peut vivre dans les muqueuses et les membranes aussi longtemps que ces membranes et ces muqueuses ne sont pas tombées, et plus encore. On prescrit d'éloigner de l'école pendant trois semaines, les enfants qui ont eu la diph-

---

mal peu réfractaire, donne l'infection générale sans lésion locale.

Charrin a vu que chez le cobaye, animal plus réfractaire, la meme inoculation ne provoque pas l'infection générale, mais amène au lieu inoculé le développement d'une gomme qui s'ulcère et s'élimine lentement.

Chez le lapin vacciné, l'inoculation qui ne produit plus l'infection générale, m'a permis de reproduire la même lésion locale que chez le cobaye. Si j'inocule au cobaye ou au lapin vacciné, le bacille pyocyanique, en même temps que j'injecte à ces animaux les produits solubles de ce bacille, je produis chez tous deux l'infection générale, mais je ne vois plus se développer la lésion locale qui n'est que l'expression grossière de la diapédèse.

Supposerez-vous que cet arrêt de la diapédèse est dû, non à l'action des produits bactériens sur l'animal, mais à un effet empêchant qu'ils exerceraient sur le microbe inoculé, effet empêchant qui réduirait celle de ses sécrétions dont l'action irritante produit la diapédèse ?

Dans ce cas l'obstacle à la diapédèse devrait être surtout marqué quand l'injection est faite dans le foyer même de l'inoculation ; or, j'ai constaté que cette action n'est guère plus manifeste dans ce cas que lorsqu'on fait l'injection sous-cutanée dans un point du corps très éloigné de la région inoculée ; un effet incomparablement plus énergique est obtenu quand l'introduction des produits bactériens est faite par voie intra-veineuse. Une autre expérience de mon laboratoire est encore confirmative de ma manière de voir. Il n'y a pas que les bactéries, il n'y a pas que les produits bactériens qui, par irritation locale, fassent naître la transsudation et la diapédèse. Elle sont sollicitées également par divers agents physiques et par d'innombrables substances chimiques. Si le gonflement inflammatoire que provoque infailliblement l'une de ces substances fait défaut quand on injecte à l'animal les produits d'un microbe pathogène, il faudra bien admettre que les produits bactériens empêchent la diapédèse par une action générale sur l'organisme animal.

L'expérience a été conçue et exécutée par Charrin et Gamaleïa. Chez deux lapins, une des oreilles est frottée pendant le même temps, avec la même quantité d'huile de croton ; à l'un deux, on injecte dans les veines 10 cc. de culture stérilisée du bacille pyocyanique.

Au bout de quatre heures, l'oreille du lapin qui n'a pas reçu les produits solubles est rouge, chaude, considérablement épaissie, son épiderme se soulève en phlyctènes. L'oreille frottée du lapin injecté est absolument saine, la vascularisation n'y est pas plus apparente que sur l'oreille du côté opposé. L'action inhibitoire de l'injection s'épuise au bout de six à huit heures et si on ne renouvelle pas les injections, l'inflammation est simplement retardée ; elle fait absolument défaut si, pendant deux jours, on répète la même injection trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Il restait à établir sur quelle portion de l'organisme agissent ces matières qui s'opposent à la diapédèse : Sur les leucocytes, sur les vaisseaux ou sur l'appareil nerveux vaso-moteur ? Deux expériences de Charrin et Gley répondent à cette question.

Chez un lapin curarisé, on excite le bout central du nerf dépresseur, la pression artérielle tombe brusquement par le fait de la dilatation de tous les vaisseaux ;

térie ; quatre semaines devraient être le minimum. Il faudrait même, d'une manière obligatoire, examiner l'enfant, au point de vue bactériologique avant de permettre sa rentrée à l'école. Les bacilles peuvent se développer dans de petites parcelles de membranes ; ils s'y conservent environ 6 à 8 semaines, et même 14 à 16 semaines lorsque les fragments sont plus volumineux. Ces chiffres s'accordent parfaitement avec les délais observés pour l'incubation. Il y a même des cas où l'incubation est plus longue encore, sans que l'explication en ait pu être donnée jusqu'ici. Le bacille vit plus aisément dans les milieux humides que dans ceux qui sont secs ; aussi les habitations humides favorisent-elles la diffusion de la diphtérie.

Les maladies diphtériques observées sur les diverses espèces animales sont-elles transportables à l'homme ? Cette question ne semble pas encore complètement élucidée : certains médecins l'affirment, et en ont même déduit des règles de prophylaxie. M. Lœffler pense que toutes ces diphtéries animales n'ont aucun lien avec le bacille de la diphtérie humaine, et il n'y a donc à redouter aucun danger de contagion de ce genre. Les quelques faits que l'Anglais Clyde croit avoir observés, et qui pour lui démontrent la contagiosité de la diphtérie des animaux à l'homme, ne sont pas suffisamment démonstratifs.

Il n'est pas nécessaire, pour le développement de la diphtérie, que la muqueuse où se tient le bacille, ait été antérieurement lésée ou soit malade, pas plus que le choléra ne présuppose quelque maladie de la muqueuse stomacale. Les dangers d'inoculation existent aussi bien avec une muqueuse saine. Il sera fort utile, surtout pour les enfants, en temps de recrudescence épidémique, de badigeonner la bouche chaque jour avec des antiseptiques légers, et même avec une solution de sublimé de 1 à 10 pour mille. Les eaux dentrifices pourront également être utilisées dans ce but.

Les statistiques officielles semblent démontrer que c'est dans les régions à températures les plus basses, comme la Prusse orientale et la Prusse occidentale, que la diphtérie fait le plus de victimes. Cette statistique basée sur la mortalité, ne doit pas être regardée comme exacte. Celle que les médecins ont établie sur la base de la morbidité, montre que le maximum se trouve dans la région comprise entre Ems et l'Oder. La statistique de l'armée indique comme maximum le Schleswig-Holstein. Ces données nous montrent que le climat n'exerce pas d'influence évidente sur le danger de la contagion diphtéritique. C'est aussi l'avis du norvégien Johanes ; il a cependant reconnu que les agglomérations de pêcheurs, qui à certains moments se rassemblent sur les côtes, à Tromsœ, par exemple, et y vivent dans des conditions déplorables, favorisent notablement l'extension de la maladie. Il est donc nécessaire de surveiller activement ces groupements d'hommes au point de vue de l'hygiène.

Il faut rappeler à ceux à qui cette charge incombe, que l'extension de la maladie dépend de ce que rejette le malade, que le baccille peut se trouver en suspension dans l'air ou être déposé sur les habits et le corps des gens bien portants, qu'il importe de ne pas négliger de nettoyer soigneusement le sol et les murs de la chambre où a vécu un diphtérique ; et qu'enfin l'humidité favorise le développement de la maladie. L'eau bouillante, la vapeur surchauffée sont parmi les moyens que nous avons à notre disposition ceux qui détruisent le plus sûrement et le plus simplement le bacille de la diphtérie.

(A suivre.)

---

la pression redevient normale quelques instants après la cessation de l'excitation. On injecte alors dans les veines de l'animal 10 cc. de culture pyocyanique stérilisée, et immédiatement après, on excite de nouveau le bout central du nerf dépresseur, l'abaissement de la pression sanguine est nul ou insignifiant ; le centre vaso-dilatateur ne répond plus à l'excitation, il est paralysé.

Chez un autre lapin curarisé, on excite le bout central du nerf auriculo-cervical d'un côté, l'oreille du même côté rougit immédiatement, tous ses vaisseaux se dilatent. On injecte alors dans les veines 10 cc. de culture stérilisée du bacille pyocyanique, et on excite de nouveau le bout central du nerf auriculo-cervical ; la dilatation vasculaire ne se produit plus.

Je puis donc dire maintenant que les microbes pathogènes ou ceux d'entre eux sur lesquels a porté mon étude, sécrètent une substance qui paralyse le centre vaso-dilatateur et que, même s'ils fabriquent ces substances capables de produire une irritation locales, la paralysie vaso-dilatatrice qu'ils provoquent empêche les phénomènes inflammatoires de se produire dans la partie lésée, et spécialement la dilatation vasculaire, l'exsudation et la diapédèse. De cette façon, les microbes sont soustraits à l'une des causes de destruction, le phagocytisme, et peuvent se développer, pulluler et sécréter en liberté.

On comprend maintenant comment les perturbations nerveuses, le froid, les commotions physiques ou morales, la fatigue, les veilles, le chagrin deviennent si souvent l'occasion du développement ou de l'aggravation d'une maladie infectieuse en amoindrissant l'action du centre vaso-dilatateur, en rendant plus difficile la diapédèse et par conséquent le phagocytisme.

J'ai étudié expérimentalement le mode d'action de ces causes banales auxquelles on attribue légitimement tant de maladies qui sont pourtant des maladies infectieuses. Des lapins vaccinés reçoivent sous la peau la culture pyocyanique dans des cellules capillaires, les uns sont immobilisés en vue de produire la réfrigération spontanée, les autres sont laissés en liberté. Les cellules extraites à des intervalles réguliers chez les animaux des deux séries montrent, chez ceux qu'on a laissés libres, une abondante migration de leucocytes ; chez les animaux refroidis, au contraire, la diapédèse est sensiblement moins intense ; les leucocytes renfermant des bacilles sont plus rares. C'est de cette façon, sans doute, que le surmenage, comme l'ont vu Charrin et Roger, rend l'infection plus rapide et plus grave et supprime l'immunité.

On comprend aussi comment Roger a pu voir l'injection des produits du *bacillus prodigiosus* rendre possible chez le lapin, animal réfractaire, le développement du charbon symptomatique ; comment Monti a pu penser que les produits du *proteus vulgaris* exaltent la virulence du streptocoque de l'érysipèle ou du pneumocoque. On explique enfin ces faits depuis longtemps établis par la clinique, montrant qu'une première infection favorise l'apparition d'infections secondaires, signalant l'envahissement des articulations par le streptocoque, à la suite d'infections causées dans les amygdales, le vagin, le côlon, par d'autres microbes.

On se rend compte enfin du rôle que jouent les fermentations intestinales ou les émanations qui se dégagent de foyers putrides, dans la genèse de certaines maladies infectieuses, et en particulier des inflammations suppuratives.

Tous ces faits deviennent intelligibles, quand on

Congrès de l'Association pour l'avancement des Sciences A LIMOGES

(*Suite*).

Du choréoptisme, ses applications à l'obstétrique.

M. *Marius Fanton* (Marseille). — J'ai recherché un procédé d'hypnotisation autre que ceux en usage jusqu'à présent. J'ai employé un système de miroir à rotation lente, qui puisse produire alternativement, par l'action lumineuse, la dilatation et la contraction de la pupille, phénomène physiologique qui entraîne le sommeil hypnotique. J'ai aussi employé un miroir que j'agite devant le sujet de manière à lui faire paraître mobiles des objets qui ne le sont pas et par cette danse des objets devant la vue, *choréoptisme*, j'obtiens la stupeur d'abord, le sommeil ensuite. Cet effet ne se produit d'ailleurs que par entraînement.

L'hypnose obtenue, je l'ai appliquée à la suppression des douleurs de l'enfantement. Ceci n'est pas nouveau, ce qui est nouveau, c'est la régularisation du travail par la suggestion, l'apparition et la disparition des douleurs utérines, au commandement. Dans trois cas personnels, j'ai pu obtenir une heureuse issue de l'accouchement, alors que le travail était long et difficile. M. Magail, de Marseille, m'a cité aussi plusieurs cas dans lesquels il avait pu obtenir par ce moyen l'accouchement prématuré.

De l'association de l'opium et de la cocaïne pour combattre les vomissements

M. *Tison* (Paris).— Le vomissement est un symptôme fréquent dans un grand nombre de maladies, mais surtout dans certaines affections chroniques telles que la tuberculose pulmonaire; diverses gastrites, etc., dans la tuberculose pulmonaire les vomissements ne tiennent pas uniquement à la toux, mais à une grande susceptibilité de la muqueuse gastrique dépendant de ce que M. Marfan a appelé *gastrite initiale* ou *terminale*. Ces vomissements résistent souvent aux diverses médications mises ordinairement en usage. Dans divers cas de cette nature, mes malades se sont très bien trouvés de l'usage des pilules contenant chacune un centigramme de chlorhydrate de cocaïne et un centigramme d'extrait thébaïque. Je leur en fais prendre cinq à six par jour, de préférence, dix minutes avant l'introduction des boissons ou des aliments. Parmi les divers malades traités, je citerai des tuberculoses à la troisième période, un cas de gastrite hystérique, de gastrite alcoolique, de dilatation de l'estomac, de cancer latent de l'estomac. Mais je pense que cette indication symptomatique pourrait s'appliquer à beaucoup d'autres maladies où le vomissement est un symptôme fort important, telles que péritonite, méningite, migraine de forme gastrique, grossesse, mal de mer, etc., etc.

Les pilules seraient trop déliquescentes si on n'avait soin d'y ajouter une quantité suffisante d'une poudre inerte, lycopode, réglisse, guimauve, etc.

Des dangers de l'ergot de seigle et de l'ergotine après l'accouchement.

Mme *Gaches-Sarraute* (de Paris). — M. Pajot enseignait que nous ne devions jamais donner de l'ergot de seigle après l'accouchement sans avoir auparavant pratiqué la délivrance et évacué l'utérus ; il nous armait contre les dangers de l'infection et rendait le plus grand service à la science des accouchements.

Depuis lui, rien n'a été changé dans cette règle, qui est universellement appliquée ; mais aujour-

---

sait que les microbes pathogènes et même certains saprophytes sécrètent des substances qui paralysant le centre vaso-dilatateur, rendent plus difficile la diapédèse et, par suite, le phagocytisme.

L'action de ces substances est presque immédiate ; dès qu'elles sont dans le sang leur effet devient manifeste, mais il cesse rapidement si de nouvelles quantités de ces matières ne remplacent pas celles qui s'éliminent ou se détruisent.

Sécrétions bactériennes vaccinantes.

En face de ces matières nuisibles, je puis signaler, parmi les produits bactériens, des substances utiles à l'organisme animal infecté : je veux parler de ce qu'on a appelé les matières vaccinantes. Je ne retracerai pas, une fois de plus, l'historique de cette question. C'est à Washington, au dernier Congrès médical international, qu'elle est entrée enfin dans la phase expérimentale par les travaux de Salmon et Smith sur le choléra des porcs. Un mois après, Charrin rendait la découverte plus complète et la démonstration définitive en vaccinant le lapin par la culture stérilisée du bacille pyocyanique. La liste des vaccins chimiques grossit chaque jour.

On crut d'abord que ces matières agissaient par contamination, que déposées dans l'organisme animal, elles y rendaient impossible, par leur présence, la vie du microbe qui les avait fabriquées. Je pense avoir rendu peu vraisemblable cette opinion quand j'ai établi que les matières vaccinantes s'éliminent par les urines.

Charrin et A. Rüffer ont fait voir qu'il faut quatorze jours pour que leur élimination soit complète ; mais après ce temps l'état d'immunité ne persiste pas moins. Quand on vaccine en injectant des cultures stérilisées, l'état réfractaire n'est obtenu que le quatrième jour après l'injection, alors qu'une très grande partie de la matière vaccinante est déjà éliminée ; il est nul immédiatement après l'injection quand cette matière est au *maximum* dans le corps de l'animal. L'action des matières vaccinantes qu'on ne constate pas quand elles sont absentes, n'est donc qu'une action indirecte.

L'immunité est un effet secondaire de l'action des matières vaccinantes. Qu'elle soit produite par un virus vivant, l'immunité, je l'ai démontré, résulte dans le premier cas, comme dans le second, de l'état bactéricide des tissus et des humeurs, état qui est provoqué par le passage des substances vaccinantes à travers l'économie et qui se maintient après leur élimination.

Or les humeurs ne sont que ce que les cellules les font. C'est dire que les cellules imprégnées, même passagèrement, par les matières vaccinantes, élaborent et restent capables d'élaborer la matière d'une façon nouvelle ; que leur type nutritif est changé définitivement. L'état bactéricide, condition statique de l'immunité acquise, est donc le résultat d'une modification permanente de la nutrition provoquée par le passage de certains produits bactériens à travers l'organisme. Si ce résultat est durable, il se produit tardivement. J'ai établi que l'état bactéricide est nul au moment où on vient d'injecter les produits bactériens dans le sang, qu'il est douteux pendant les vingt-quatre premières heures, nettement accusé au bout de quarante-huit heures, plus évident au bout de soixante-douze heures et de quatre-vingt-seize heures. C'est au bout de ce temps seulement que l'immunité est solidement établie.

d'hui, depuis les progrès de l'antisepsie, elle devient incomplète. Actuellement, la formule pourrait être : ne donnez *jamais*, *sous aucun prétexte, ni ergotine, ni ergot de seigle après l'accouchement*, même s'il s'agissait d'arrêter les plus graves hémorrhagies. Et voici sur quoi je me base pour établir ce principe :

1° Il reste *toujours* quelque chose dans l'utérus, caillots, débris de membranes, qui s'éliminent avec les lochies et que nous avons tous vus dans le liquide des injections. Or, s'il reste quelque chose dans l'utérus, ce quelque chose reste emprisonné sous l'influence de l'ergot de seigle et expose les malades à des accidents infectieux tout aussi bien que s'il restait des cotylédons placentaires ;

2° Il n'est aucunement nécessaire, pour supprimer les hémorrhagies, de se servir d'ergot pour faire contracter l'utérus. Une surface bourgeonnante et saignante se rétracte d'elle-même ; ses vaisseaux s'obstruent aussitôt qu'on la débarrasse des caillots, des bourgeons, qui la recouvrent et elle devient exsangue aussitôt qu'elle a été soumise à l'influence de l'antisepsie. Il en est toujours ainsi pour toutes les plaies, et l'utérus, plus que tout autre, bénéficie de ce travail et se rétracte aussitôt libre.

Si vous donnez de l'ergot de seigle, vous vous servez d'un médicament *inutile et dangereux*. Si les malades échappent à l'infection aiguë, quatre-vingt-dix fois sur cent elles ont des infections chroniques (métrites) qui surviennent sept ou huit mois, quelquefois un an après l'accouchement. De plus, l'utérus, qui est resté gros à la suite de cette médication, reste aussi lourd et, si les malades se lèvent trop tôt, elles peuvent avoir des prolapsus bien difficiles à guérir par la suite. Ceci dit, voici ce que je fais dans ma pratique et qui m'a donné depuis six ans d'excellents résultats.

Aussitôt après la délivrance, je donne toujours une injection intra-utérine avec de l'eau dont je suis sûre et en prenant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Je passe ma main, dépourvue d'ongles, dans l'utérus que je débarrasse de ses caillots, de ses débris membraneux. Les caillots sont toujours très nombreux au niveau de la surface placentaire. Je les sens très bien avec mes doigts et les distingue très bien du tissu utérin. Je fais passer ainsi dans l'utérus 10 ou 15 litres d'eau, assez pour laver complètement la cavité ; je ne m'arrête que lorsque l'eau sort absolument pure. Dès ce moment, l'utérus se rétracte et, deux jours après, il est revenu à son état normal ; les malades ne perdent plus de sang et sont, à moins d'infection venue du dehors, à l'abri des affections utérines ultérieures.

Il n'y a qu'une chose à recommander aux praticiens pour obtenir les bons résultats que j'obtiens moi-même ; c'est la propreté absolue. Pour pénétrer dans l'utérus il ne faut pas d'ongles, il faut des mains blanches, propres, des mains de chirurgien, car cette manœuvre est aussi grave que les plus graves opérations.

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE DE ROUEN

(*Suite*).

De la création d'un asile national pour les aliénés criminels.

M. *Brunet* (d'Evreux). — La commission nommée par la Chambre des députés pour examiner le projet de loi sur les aliénés, voté par le Sénat, a rejeté la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels (article 38).

Les matières vaccinantes sécrétées par les microbes pathogènes dans le corps des animaux infectés, comme elles le sont dans les cultures, produisent des effets expérimentalement démontrables seulement au bout de deux jours ; et ces effets ne sont pratiquement utiles que le quatrième jour ; mais ces matières se montrent présentes et agissantes pendant quatorze jours ; quant à l'effet qu'elles ont une fois produit, il persiste d'une façon permanente. Quelle différence avec les matières qui s'opposent à la diapédèse ! Dès qu'elles sont dans le sang leur effet est manifeste : six ou huit heures après leur introduction, il est nul.

Les matières vaccinantes ne sont ni toxiques, ni pyrétogènes ; ou du moins elles peuvent vacciner à des doses où elles ne produisent ni effet toxique ni fièvre, ce qui prouve, pour le dire en passant, que l'immunité acquise n'est pas la conséquence d'un état fébrile et qu'elle n'est pas davantage l'accoutumance aux poisons bactériens.

Quelques autres actions des produits bactériens.

D'autres produits bactériens sont mieux connus, d'autres ont moins d'importance, je ne les signalerai que sommairement.

La fièvre des maladies infectieuses est toxique ; elle a été reproduite par Charrin et A. Rüffer en injectant des poisons bactériens.

Elle est provoquée par des diastases et par des alcaloïdes ; par des diastases comme celle qu'a étudiée Roussy, par des ptomaïnes telles que la mydaléine de Brieger.

D'autres substances sont des poisons, à proprement parler, les unes agissent de préférence sur le système nerveux, les autres modifient également le fonctionnement d'autres cellules et même leur nutrition. C'est à ces poisons qu'il faut attribuer, dans les maladies infectieuses, la céphalée, le délire, les convulsions, le coma, les troubles sécrétoires, les dégénérescences musculaires ou viscérales. La plupart de ces poisons paraissent être des ptomaïnes, quelques-uns sont des diastases comme celle à laquelle Gamaleïa attribue la diarrhée que provoque l'injection des cultures stérilisées du vibrion cholérique.

Les expériences de Massart et Bordet tendent à faire admettre que les matières sécrétées par certains microbes mettent en jeu l'irritabilité des leucocytes de telle sorte que ces cellules cheminent dans les solutions de produits bactériens des parties plus diluées vers les parties plus saturées, ce qui amènerait les phagocytes au contact des microbes.

L'impossibilité de l'englobement de certaines bactéries par les leucocytes a donné à penser qu'elles sécrétaient une matière stupéfiante pour les leucocytes.

Il y a enfin des matières bactériennes qui tuent les leucocytes dont les cadavres sont les cellules du pus ; et ces matières, comme je l'ai déjà dit, sont les unes des alcaloïdes, les autres des diastases. Est-ce tout ? Je suis loin de le prétendre ; j'ai même tendance à penser que certains microbes sécrètent des diastases qui, comme celle du jequirity ou comme la papaïne, facilitent le développement de l'infection générale sans empêcher la diapédèse.

Il ne me reste plus qu'à conclure, à grouper dans une synthèse, les faits qui se dégagent de cette analyse.

(*A suivre.*)

Les raisons qui paraissent avoir motivé ce rejet sont, d'une part, le nombre restreint de ces aliénés, et, d'autre part, l'obligation où on serait de les éloigner de leurs familles en les concentrant dans un seul asile pour toute la France.

Je ferai remarquer que le nombre de ces aliénés est plus élevé qu'on ne les suppose.

Le quartier de Gaillon contient toujours de 90 à 120 hommes aliénés, dont la plupart continuent à être séquestrés après l'expiration de leur peine. En ajoutant à ces individus les femmes condamnées, devenues criminelles, et les trois autres catégories d'aliénés mentionnés à l'article 38 (inculpés objets de non-lieu, en raison de leur état mental, prévenus et accusés, acquittés pour le même motif), on atteindra, je crois, un chiffre de malades assez considérable pour remplir un asile.

Quant à l'éloignement des aliénés de leur famille, il serait, selon moi, bien compensé par l'amélioration de la situation de ces malades.

Dans un asile ordinaire, ils sont tous placés dans le quartier des agités et soumis à une surveillance très rigoureuse, tandis que, dans un asile spécial, on pourrait établir des divisions pour chaque forme d'aliénation mentale, des ateliers et une exploitation agricole et maraîchère.

A Gaillon on a renoncé à faire travailler les aliénés dans la crainte des évasions, et cependant nous savons tous que le travail est un des meilleurs moyens de guérir l'aliénation mentale lorsqu'elle est curable, et d'améliorer l'état des malades qui ne présentent pas de chances de guérison.

Je ferai remarquer, en outre, que la plupart des aliénés criminels sont une cause permanente de graves désordres dans les asiles ordinaires. Par leurs dénonciations calomnieuses, leurs actes de violence, leurs menaces d'incendie et de meurtre, leurs tentatives d'évasion, ils causent plus d'ennuis et de tracas que tous les autres malades réunis.

La révolte récente des aliénés du quartier de sûreté de Bicêtre a montré combien sont dangereux les aliénés criminels qui y sont séquestrés.

Se targuant de l'irresponsabilité attachée à leur titre d'aliénés, ils commettaient des actes d'insubordination et de violence et prétendaient échapper à toute punition.

En conséquence, je demande que, contrairement à l'avis de la commission de la Chambre des députés, l'article 38 du projet de loi sur les aliénés, voté par le Sénat, soit approuvé, en un mot, qu'il soit créé un asile spécial pour les aliénés criminels.

M. *Charpentier* (de Paris). — Il y a lieu, pour juger la question du traitement des aliénés criminels, d'envisager deux variétés différentes de cette classe d'aliénés.

Les uns, une fois internés, se montrent si calmes, si dociles, et en même temps si timides, qu'il est impossible de maintenir leur séquestration indéfiniment. Pour ceux-ci, il n'est nul besoin de créer des asiles spéciaux, nous sommes tous d'accord sur ce point.

Les autres, et c'est ici qu'éclatent des divergences d'opinions, sont une cause de désordre permanent dans les asiles ordinaires, et cela non seulement à cause de leurs réclamations et de leur insubordination, mais parce que nous n'avons pas le moyen de les mettre à la raison. Ils se prévalent, en effet, de leur qualité d'aliénés pour échapper à toute punition, à toute réglementation.

Doit-on pour cela les colloquer dans un asile spécial ? Je ne le pense pas ; je crois qu'il suffirait d'aménager un peu mieux nos quartiers d'isolement, de nous montrer un peu plus sévères en ce qui concerne les visites, les lectures, etc.

Il ne faut pas croire, du reste, que les malades ne sont pas accessibles à certains sentiments : crainte, espérance, etc. Il a suffi à notre collègue M. Deny de promettre à un de ces malades considéré comme exceptionnellement dangereux et malfaisant, de le rendre à la liberté s'il se conduisait bien pour le voir changer complétement. Ce malade, qui était un destructeur de premier ordre, auquel aucune camisole ne résistait, qui descellait les barreaux de ses cellules, etc., est aujourd'hui le plus calme et le plus discipliné de ses pensionnaires.

Cet exemple prouve qu'il faut renforcer l'autorité du médecin traitant, au lieu de l'énerver comme on s'y applique depuis plusieurs années.

M. *Mordret*. — Il y a deux catégories d'aliénés criminels à considérer : les uns sont toujours dangereux, les autres l'ont été seulement une fois. On pourrait même dire que les aliénés les plus dangereux ne sont pas les aliénés criminels ; parmi ceux-ci, il en est qui sont doux comme des moutons. Je ne crois donc pas utile de créer des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

M. *Bourneville*. — La commission de la Chambre des députés dont j'étais le rapporteur, a été animée du désir d'apporter le moins de modifications possibles au projet de loi adopté par le Sénat. Elle a partagé, en particulier, d'une façon complète, le sentiment du Sénat en ce qui concerne l'internement des *criminels devenus aliénés*. Il y a, vous le savez, à la prison de Gaillon, un quartier annexé destiné à recevoir cette catégorie particulière d'aliénés.

Cet isolement des criminels devenus aliénés, dans des quartiers spéciaux et non dans des asiles destinés aux aliénés ordinaires, est pleinement justifié.

En revanche, la commission de la Chambre n'a pas estimé qu'il y avait lieu de séparer les aliénés *dits criminels* des aliénés ordinaires.

Elle a pensé, avec raison, selon moi, que c'étaient là des malades ordinaires qui avaient le droit d'être traités comme les autres malades, c'est-à-dire internés dans les asiles de leurs départements respectifs.

Tous les asiles possèdent des quartiers de cellules destinés précisément aux malades de cette catégorie ; on peut perfectionner ces quartiers, les aménager de façon à exercer une surveillance plus étroite sur les malades, mais il n'est nul besoin de grever le budget en créant un asile spécial.

Je demande donc qu'il ne soit rien changé à ce qui existe, c'est-à-dire que les *criminels devenus aliénés* soient isolés dans le quartier spécial de Gaillon et que les *aliénés dits criminels* soient traités dans les asiles ordinaires. Je demande que l'assemblée se prononce séparément sur le sort :

1° Des criminels devenus aliénés ;

2° Des aliénés dits criminels.

M. le Président. — Je mets aux voix la première proposition de M. Bourneville ; elle est ainsi conçue :

« Les *criminels devenus aliénés* doivent être

isolés et maintenus dans des quartiers spéciaux. »

(Cette proposition est adoptée à l'unanimité.)

En ce qui concerne les aliénés dits criminels, il y a une contre-proposition de M. Brunet sur laquelle je vais consulter l'assemblée. Cette proposition est ainsi formulée :

« Le Congrès émet le vœu qu'il soit créé un asile spécial pour les aliénés criminels. »

(Cette proposition est rejetée à l'unanimité moins trois voix.)

La responsabilité des déséquilibrés.

Les récentes études d'anthropologie criminelle, en attirant l'attention sur la nature des anomalies physio-psychiques des criminels, et les travaux des médecins et des psychologues qui ont définitivement établi, dans leurs grandes lignes, les diverses formes de l'état de dégénérescence et créé la catégorie des déséquilibrés, c'est-à-dire des individus dont la responsabilité morale est amoindrie, ont rendu nécessaire le remaniement des codes. Cette nécessité commence à se faire sentir partout, et, dernièrement, M. Forel traitait ce sujet devant la Société de médecine de Zurich, faisant remarquer que les codes devraient tenir grand compte de ces anomalies de caractère qui ne sont, en réalité, que des psychoses constitutionnelles, et qui suffisent à expliquer certains délits, comme l'épilepsie explique certains crimes. On ne saurait plus aujourd'hui, en effet, classer les individus en individus sains et en individus malades, et il y a toute la classe intermédiaire des *déséquilibrés* dont il faut s'occuper. M. Forel a exprimé à leur sujet les vœux suivants :

1° Que la notion de diminution du discernement fût inscrite de nouveau dans la loi ;

2° Que la notion de liberté ne fût plus considérée comme absolue, mais comme indiquant la plus ou moins grande facilité, pour notre cerveau, de s'adapter convenablement aux circonstances ambiantes ou aux manifestations du cerveau d'autrui ;

3° Que l'on cherchât à atteindre, fût-ce en remaniant profondément notre Code actuel, les buts suivants :

a. Mettre hors d'état de nuire, et cela préventivement, les natures criminelles ;

b. Appliquer aux monstruosités du caractère un traitement convenable afin d'améliorer celles qui peuvent l'être encore ;

c. Reporter le mépris public qui s'attache à certains êtres innocents (fille séduite, enfant naturel, etc.), sur des individus qui jouissent encore de nos jours de toute la considération apparente de leur entourage (adultères, spéculateurs louches, parents dénaturés, etc.) ;

4° Qu'il fût fondé, au lieu de nos maisons de correction, qui sont très défectueuses, des établissements ou colonies où seraient traitées les formes sérieuses des psychoses constitutionnelles et les natures criminelles ;

5° Que l'on instituât également des établissements pour les victimes encore curables de l'ivrognerie ou d'autres intoxications ;

6° Enfin qu'il fût établi des lois permettant d'imposer à ces psychopathes, à ces intoxiqués, un examen médical et une cure convenable dans un des établissements susindiqués. Il serait souvent très nécessaire de priver de leur liberté des individus de cette sorte, qui sont intolérables à leur entourage et deviennent plus nuisibles à la société que le malheureux aliéné inoffensif.

Il serait à souhaiter que quelque agitation fût menée à propos d'une telle réforme de nos mœurs et d'une revision parallèle de nos codes, car les unes et les autres ne sont vraiment plus au niveau de la science actuelle.

(*A suivre*.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous avons jugé utile de reproduire les deux jugements suivants qui ont des analogies et interprètent d'une façon différente la responsabilité du médecin.

TRIBUNAL DU HAVRE

Présidence de M. Bayeux.

Audience du 5 décembre 1889.

Médecin. — Responsabilité. — Diagnostic. — Opération chirurgicale. — Conclusions. — Diffamation. — Dommages-Intérêts.

On ne saurait reprocher comme faute grave à un médecin de s'être trompé dans un diagnostic, et de s'être refusé à pratiquer une opération chirurgicale dont les résultats sont toujours problématiques.

Des reproches d'incurie, d'ignorance ou de négligence, adressés à un médecin, peuvent donner lieu à une action en dommages-intérêts, (*De Lignerolles c. Venancie*).

Ainsi jugé dans des circonstances de fait que relate la décision suffisante :

Le tribunal,

Attendu que le docteur de Lignerolles, créancier sur Venancie d'une somme de 74 fr., pour visites médicales et soins donnés à la femme et aux enfants de Venancie, avait assigné ce dernier en paiement devant le juge de paix du premier canton du Havre ; que, devant ce tribunal, Venancie a formé une demande reconventionnelle en 20,000 fr. de dommages-intérêts, prétendant que le docteur de Lignerolles se serait rendu coupable de fautes et de négligences graves dans l'exercice de sa profession ; qu'en présence de cette demande, dépassant les limites de sa compétence, le magistrat de paix s'est déclaré incompétent par jugement du 30 juillet 1889 et a renvoyé les parties à se pourvoir devant le tribunal civil ;

Attendu que la demande d'honoraires très modérée formée par le docteur de Lignerolles n'est pas sérieusement contestée ; que les visites faites ne sont pas méconnues, et qu'il y a lieu d'accueillir cette demande ;

Attendu que Venancie base sa demande reconventionnelle en dommages-intérêts sur une faute lourde qu'aurait commise le docteur de Lignerolles en n'ayant pas su reconnaître, dès le début, la nature de la maladie dont était atteinte la dame Venancie, et en ne pratiquant pas une opération chirurgicale qui, faite à temps, aurait, au dire de Venancie, sauvé la malade ;

Attendu que le diagnostic de la maladie dont souffrait la dame Venancie est des plus difficiles, parce que les symptômes mêmes de cette maladie sont de nature, ainsi que l'enseignent les traités

de médecine, à tromper le médecin, et que l'opération chirurgicale, désirée par Venancie, des plus dangereuses, a, trop souvent, pour conséquence la mort immédiate de la malade et est proscrite par les praticiens les plus distingués ; qu'on ne saurait, d'ailleurs, en droit, dans aucun cas, reprocher comme faute grave à un médecin de s'être trompé dans son diagnostic et de s'être refusé à pratiquer une opération chirurgicale dont les résultats sont toujours problématiques ;

Attendu, en outre, en fait, que la demande formulée par Venancie se comprend d'autant moins que, dans l'espèce, bien qu'un reproche, quelque léger qu'il soit, ne puisse être adressé au docteur de Lignerolles, il est établi péremptoirement par les documents de la cause et les renseignements fournis au tribunal, que ce médecin, dont la capacité professionnelle est au-dessus des insinuations malveillantes de Venancie, s'est conformé de tout point aux prescriptions de la science médicale, dans les soins qu'il a donnés à la dame Venancie, et dans le traitement qu'il a prescrit ;

Attendu que le médecin appelé près de la dame Venancie, après le docteur de Lignerolles, loin de blâmer, comme l'insinuait Venancie, le traitement prescrit par son confrère, l'a, au contraire, approuvé sans réserve et a été en parfait accord avec lui, « tant au point de vue du diagnostic que du traitement de l'affection » ; qu'il s'est énergiquement refusé, comme lui, à pratiquer l'opération désirée par Venancie et n'a tenté qu'une simple opération palliative qui n'a eu et ne pouvait avoir aucun résultat curatif.

Attendu, cependant, que dans ses conclusions, Venancie a cru pouvoir adresser au docteur de Lignerolles, médecin de sa famille depuis douze ans, les reproches les plus offensants et les plus immérités, allant jusqu'à accuser l'honorable docteur de négligence, d'ignorance et de coupable incurie ; que l'affaire soumise au tribunal, a eu dans le public, précisément à cause des attaques dirigées contre le médecin, un certain retentissement ; que la presse s'en est occupée ; que les insinuations blessantes de Venancie étaient de nature à jeter un discrédit sur la réputation du docteur de Lignerolles, qui a souffert un préjudice moral réel ; qu'il y a donc lieu d'accueillir la demande additionnelle en dommages-intérêts et de décider que le présent jugement recevra une certaine publicité ;

Par ces motifs,

Condamne Venancie à payer au docteur de Lignerolles la somme de 74 francs qu'il lui doit pour honoraires et visites de médecin ;

Sans avoir égard à l'expertise médicale subsidiairement demandée par Venancie et repoussée comme inutile ;

Déclare Venancie mal fondé dans sa demande reconventionnelle en dommages-intérêts, l'en déboute ;

Faisant droit, au contraire, sur la demande additionnelle du docteur de Lignerolles ;

Condamne Venancie, à titre de dommages-intérêts en réparation du préjudice qu'il a causé, à payer à de Lignerolles la somme de 500 francs ;

Ordonne, en outre, l'insertion du présent jugement par extrait, contenant les motifs et le dispositif seulement, dans trois journaux du Havre, au choix du docteur de Lignerolles et aux frais de Venancie ;

Condamne Venancie aux dépens, etc.

Observation. — Comp. trib. de Liége, 27 novembre 1889 ci-après et la note.

(*La Loi.*)

TRIBUNAL DE LIÉGE (2e ch.)

Présidence de M. Liben.

Audience du 27 novembre 1889.

Médecin. — Responsabilité. — Opération chirurgicale. — Malade. — Consentement. — Preuve. — accidents. — Opération. — Suites. — Responsabilité.

Pour pratiquer légitimement une opération chirurgicale, l'homme de l'art doit y être autorisé par le malade ou par la personne sous l'autorité de laquelle le malade se trouve.

La preuve de l'existence de ce consentement incombe au médecin.

Le malade doit être renseigné au préalable sur la nature de l'opération, les suites qu'elle peut entraîner, afin de pouvoir se prononcer en connaissance de cause sur l'opération proposée.

Le chirurgien est responsable des accidents qui ont été la suite directe et immédiate de l'opération illicitement pratiquée (a).

(*Demarche c. Dechamps*).

Ainsi jugé dans les termes suivants :

Le tribunal,

Attendu que, pour pratiquer légitimement une opération chirurgicale l'homme de l'art doit y être autorisé par le malade ou par la personne sous l'autorité de laquelle le malade se trouve ;

Attendu que, dans l'espèce, le docteur Dechamps devait non seulement obtenir le consentement du père Demarche pour pouvoir pratiquer sur son fils mineur l'opération dite l'ostéotomie, mais qu'il devait, avant de provoquer le consentement du père Demarche, lui expliquer les raisons « particulières » qui le déterminaient à pratiquer l'ostéotomie sur un enfant de trois ans, puisque, d'après la doctrine professée par le docteur Dechamps lui-même, l'ostéotomie ne doit, en général, être pratiquée que sur des enfants âgés de six ans au moins (Voir l'ouvrage intitulé : *Quelques ostéotomies pratiquées à l'hôpital des Anglais,* relation par le docteur J. Dechamps, p. 9) ;

Attendu que le père Demarche dénie formellement avoir donné son consentement à l'opération pratiquée sur son fils mineur par le docteur Dechamps ;

Attendu que la preuve de l'existence de ce consentement incombe à l'homme de l'art, puisque ce consentement rend légitime l'opération qu'il a faite ;

Attendu que, si ce consentement n'existe pas ou si son existence n'est pas établie, il reste acquis que le docteur Dechamps, en opérant le mineur Demarche, a fait ce qu'il n'avait pas le droit de faire ;

Attendu que le docteur Dechamps ne rapporte pas la preuve qui lui incombe ; qu'il prétend, il est vrai, que le père Demarche, en amenant son fils bancal à l'hôpital des Anglais, a par là même consenti au besoin à ce que l'on pratiquât l'opération dite l'ostéotomie ;

Attendu que le malade qui s'adresse à un médecin entend se renseigner tout d'abord sur tous les moyens de le guérir, mais que, par ce seul fait de réclamer les conseils et les soins du mé-

decin, il ne peut être censé consentir, par avance, à subir toutes les opérations que le médecin, après examen, pourra juger à propos de faire et dont, lui, malade, n'a à ce moment aucune idée ;

Attendu que c'est seulement lorsque le malade aura entendu le médecin qu'il pourra, étant renseigné, se prononcer en connaissance de cause sur le point de savoir s'il entend consentir à l'opération proposée, car, alors seulement, il pourra tenir compte et des dangers que l'opération peut faire courir et des avantages qu'elle peut présenter ;

Attendu que cette interprétation rationnelle et équitable de la volonté des parties démontre que le système présenté par le docteur Dechamps n'est nullement fondé ;

Attendu que, l'opération faite, la gangréne s'est déclarée, et que le pied est tombé ou a dû être amputé ;

Attendu que le tribunal se trouve ainsi en présence d'un fait (l'opération illicitement pratiquée) qui pouvait amener la gangrène, et à la suite duquel elle s'est réellement produite ;

Attendu que les circonstances de la cause établissent que le docteur Dechamps était pleinement convaincu, au moment où il a pratiqué l'ostéotomie, que le mineur Demarche jouissait d'une santé parfaite ; qu'en effet, dans son ouvrage préindiqué, page 9, il enseigne :

« Pour pratiquer une ostéotomie, il faut que le sujet soit dans des conditions « favorables » d'âge et de santé » ;

Que l'on peut légitimement supposer que le docteur Dechamps s'est conformé aux régles dont il recommande lui-même l'observation et que, par conséquent, s'il a pratiqué l'ostéotomie sur le mineur Demarche, c'est parce qu'il s'était assuré que la santé de cet enfant était dans de meilleures conditions;

Attendu que, dans l'espèce, ce devoir s'imposait à lui avec une rigueur d'autant plus grande qu'il pratiquait l'ostéotomie sur un enfant âgé de trois ans seulement, alors qu'il enseigne lui-même, ainsi qu'il l'a exposé plus haut, que, en général, l'ostéotomie ne doit pas avoir lieu avant que l'enfant ait six ans ;

Attendu, au surplus, que le mineur Demarche est resté pendant six semaines à l'hôpital des Anglais, confié aux soins du docteur Dechamps ; que c'est dans le cours de ces six semaines que l'opération avait été pratiquée ; qu'il est ainsi établi que le docteur Dechamps a parfaitement connu l'état physique de l'enfant avant, pendant et après l'opération ; que tout spécialement il donnait ses soins à l'enfant au moment où la gangrène s'est déclarée ;

Attendu, dans ces conditions, que, si une cause autre que l'opération illicite avait pu amener la gangrène, Dechamps ne l'aurait pas ignorée, et qu'il aurait certes demandé à l'établir, d'autant plus que cette preuve eût été facile à faire en raison du séjour prolongé dans un hôpital fréquenté par de nombreux médecins ;

Attendu qu'il ne peut, dès lors, être douteux que la gangrène a été la suite directe et immédiate de l'opération pratiquée ;

Attendu que le fait illicite du défendeur a causé au mineur Demarche un préjudice qui sera suffisamment réparé par la somme allouée dans le dispositif du présent jugement ;

Attendu que l'accident, survenu à son fils mineur, a mis le père Demarche dans la nécessité de faire des dépenses extraordinaires et de donner à son fils des soins particuliers ; qu'il éprouve de ce chef un préjudice dont le défendeur lui doit réparation et dont le montant sera ci-après déterminé ;

Par ces motifs,

Condamne le défendeur à payer à titre de dommages-intérêts : 1° au sieur Alphonse Demarche père, à titre personnel, la somme de 1,000 francs, et 2° au même Alphonse Demarche en sa qualité d'administrateur légal de son fils mineur, la somme de 9,000 francs, laquelle sera transférée en une inscription au grand-livre de la dette publique au nom du dit mineur ;

Le condamne aux intérêts légaux de ces sommes et aux dépens. *(La Loi.)*

M. le Dr Dechamps, soutenu par la presse et les Associations belges, a fait appel de ce jugement, qu'il est curieux de comparer avec celui du Havre.

La Cour d'appel de Liège a mis à néant le jugement qui condamnait le docteur Deschamps, et l'autorise à faire la preuve par lui sollicitée.

Or, cette preuve existe dans tous les faits et circonstances de cette affaire elle-même.

M. Deschamps est donc acquitté et libre de toute charge.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

De l'attitude et du rôle professionnel des syndicats médicaux,

Par le Dr Lardier, de Rambervillers.

L'association, sous toutes les formes, a pris, depuis quelques années, un développement si considérable que nous pouvons dire que nous assistons à une évolution nouvelle de la société.

Dans la ruche humaine, il n'est plus, à cette heure, un travailleur qui, insouciant de l'effort en commun, veuille rester isolé, confiant dans ses seules ressources. L'expérience est là pour démontrer que dans la lutte, que dans la vie, la victoire n'appartient qu'aux bataillons serrés, aux hommes qui, groupés, marchent vers le même but, et qui sont, grâce à leur groupement, seuls capables de résister à l'envahissement du voisin.

Des hommes ayant des intérêts communs, ne peuvent plus aujourd'hui défendre leurs intérêts particuliers que par un effort commun. De là, le besoin, la nécessité de l'association, la formation des syndicats. Vous savez s'ils sont nombreux en France.

Le corps médical n'a pas échappé à cette poussée de la démocratie moderne. Actuellement les syndicats médicaux, qui, malgré de nombreux assauts, n'ont pas succombé, sont acceptés et reconnus par ces hommes mêmes qui, il y a quelques années encore, croyaient peu, non seulement à leur succès, mais à leur vitalité.

C'est avec une satisfaction réelle que je rappel-

lerai les paroles, profondément vraies, que notre doyen, M. le Dr Bailly, dans l'une de ses allocutions si humoristiques, il y a quelques années, citait à ce propos :

« Au sein d'une société encombrée, où la con« currence est ardente, l'isolement est fatal ; « l'homme abandonné à lui-même risque d'être « sacrifié, il lui faut plus que jamais se grouper et « unir ses forces... non seulement j'approuve « les syndicats, mais je les regarde comme la « forme essentielle, la base des associations pro« fessionnelles ; ils visent les intérêts les plus di« rects, ils ont à s'occuper des questions les plus « palpitantes », etc...

On ne saurait mieux dire.

Malgré l'arrêt de la Cour de cassation, qui, torturant la loi, a essayé de prouver que les syndicats médicaux étaient des enfants illégitimes de la démocratie, ces enfants n'en sont pas moins bien vivants et, qui plus est, bien près d'être légitimés. Le temps ne saurait, en effet, consacrer pareille anomalie. Dans la totalité des citoyens français, il en est qui ont à défendre des intérêts autres que des intérêts industriels ou agricoles. Ils ne doivent pas pour cela être mis hors la loi. Si, dans cette loi, que le législateur a eu l'intention — le fait est acquis — de rendre aussi large, aussi libérale que possible, le mot professionnel avait remplacé le mot économique, les conflits et les procès que l'interprétation trop restrictive de cette loi a suscités n'auraient pas vu le jour.

La Cour de cassation semblait avoir condamné les syndicats médicaux à disparaître. Ils n'ont pas disparu, loin de là. Et voici que l'opinion publique, par laquelle ils n'ont jamais été mis à l'index, mais les pouvoirs, l'administration, bien plus, la Justice elle-même, ont fait volte-face et semblent bien prêts à leur faire bon accueil et beau visage. Si nous nous reportons à l'intervention de M. Thévenet, ministre de la Justice, qui, par une coïncidence vraiment heureuse, nous faisait demander notre avis, au moment même où notre ancien préfet nous déclarait que nous étions pour lui une association, ou illégale ou non existante, si nous nous rappelons la nouvelle interprétation de la loi de 1884, donnée par la 9e Chambre de la Cour de Paris, si enfin nous évoquons la consultation officieuse donnée par M. Jules Roche au syndicat des médecins-pharmaciens, nous pouvons déclarer que nos revendications sont en bonne voie et que dans un avenir très prochain, le but que nous poursuivons depuis sept ans, c'est-à-dire notre participation aux bénéfices de la loi de 1884, sera définitivement atteint. De même que pour l'assistance médicale gratuite dans les campagnes, la question des syndicats médicaux est mûre. La première est l'une de celles dont le Parlement, saisi par le ministre, va s'occuper à la rentrée des Chambres. Nous sommes en droit d'espérer de la voir bientôt mise en pratique. La seconde sera soulevée fatalement — un jour ou l'autre — à la tribune.

Tout cela nous prouve, messieurs, que l'ère des réformes est décidément ouverte. Il a fallu pour démontrer aux pouvoirs que les revendications médicales n'étaient pas platoniques, un fait brutal, *la grève des médecins de Rodez*. De cette grève retentissante je ne parlerai pas. Elle avait été précédée de grèves partielles, qui, pour avoir fait moins de bruit, n'en attestaient pas moins qu'au Midi comme à l'Est de la France, la mesure était comble et qu'à droite ou à gauche le vase allait déborder.

Qui ne reconnaîtrait là l'action, l'heureux effet des syndicats médicaux ? Ils répondent à un besoin impérieux de nos aspirations professionnelles. Je n'en veux pour preuve que ce fait que, partout où ils n'ont pas été constitués, les sociétés locales de l'Association de prévoyance, *animées d'une activité qu'elles ne connaissaient pas, il y a quelques années*, ont été obligées de s'occuper de questions ressortissant aux syndicats. Voyez même plus haut. Prenez la société centrale. Quelle est en France la société de prévoyance et de secours mutuels s'occupant de sujets qui semblent jurer avec le but nettement défini d'une association de ce genre : nomination des médecins des hôpitaux de province ; tarifs médico-légaux, etc., toutes questions qui, je le répète, sont du domaine syndical. L'association fait œuvre syndicale ; en répudiant le pavillon des syndicats elle cherche à se substituer à eux. Que nous importe ! Pour nous se dégage nettement cette conclusion qui nous donne toute satisfaction, à savoir que des questions professionnelles surgissent ou peuvent surgir d'un moment à l'autre, que ces questions ont besoin d'être discutées en commun, et que, par conséquent, comme les autres citoyens, comme les autres travailleurs de France, nous avons droit à bénéficier de la loi de 1884. *Ce droit, nous le réclamerons à outrance.*

Par la force même des choses, à côté de l'Association de prévoyance et de secours mutuels se sont donc fondées des associations que nous pourrions appeler de protection et de défense mutuelle. Le rôle des syndicats médicaux, le voilà ; il consiste à prendre en main la défense des intérêts matériels et moraux, — je dirai surtout moraux — du corps médical.

Nous posons comme principe, c'est que même avec les exigences de la vie moderne, le médecin doit trouver dans l'exercice de son art les moyens de vivre et de vivre dignement. La plupart d'entre nous font à leurs concitoyens le sacrifice de leur temps et de leur santé ; ils vont parfois même au delà ; ils ne reçoivent certes pas en retour une rémunération équitable, et par rémunération je n'entends pas seulement parler des maigres honoraires que l'on octroie au médecin de campagne, j'entends surtout la rémunération morale du service rendu.

Tous nos efforts doivent tendre à occuper dans la société un rôle aussi respecté que possible. C'est ce respect que nous voulons inspirer à nos concitoyens et qui se trouve directement abaissé par les luttes intestines, la concurrence déloyale, la médecine au rabais, le dénigrement du voisin, en un mot par toutes les discordes et les passions mesquines auxquelles trop facilement nous nous abandonnons.

Aussi le rôle des syndicats, en ramenant la paix et la cordialité confraternelle, est-il précisément de maintenir et de relever la dignité médicale.

La question de l'honorarium, c'est-à-dire de la juste rémunération de nos peines, du travail accompli, ne doit évidemment pas être écartée. Mais, j'ai déjà eu l'occasion de le dire, ce n'est pas de ce côté que doivent porter surtout nos préoccupations. On n'oserait plus aujourd'hui dire que nous ne sommes guidés que par l'amour du lucre, aujourd'hui que nous avons donné la preuve de

notre désintéressement et de notre dévouement à la chose publique dans toutes les questions qu'il nous a été donné de discuter et de résoudre depuis sept ans. Au reste, ce reproche il nous serait trop facile à cette heure de le retourner contre ceux-là mêmes qui, par leurs insinuations malveillantes, ont essayé de jeter le discrédit sur notre œuvre confraternelle.

Je disais que nous avions le devoir d'occuper dans la société une place respectée. Or, pour relever la position morale de l'individu, pour lui permettre de se maintenir au rang où il doit être placé, il est, de nos jours, nécessaire de lutter dans cette course d'un nouveau genre, contre les autres professions qui se sont solidement organisées et qui sont devenues fortes parce qu'elles forment des collectivités unies, remuantes, ardentes, capables de renverser les obstacles qui leur barrent le chemin. Un voyageur de commerce, un marchand de vin, pris isolément, sont presque des quantités négligeables. Mais si nous regardons à l'œuvre les syndicats des employés de commerce ou les syndicats des marchands de vin, ne devons-nous pas être surpris des résultats obtenus grâce à l'effort collectif. Cette quantité négligeable est devenue une force avec laquelle doivent compter les pouvoirs publics. *Le médecin, comme les autres, livré à lui seul, est inapte à se défendre; s'il veut être ce qu'il doit être, il faut qu'il se nomme légion.*

La création des *syndicats médicaux* a donc répondu à un besoin instinctif et réel du corps médical, la défense de l'individu. Ce n'en est pas moins une gloire et une satisfaction légitime pour ceux qui leur ont donné la première impulsion de les voir à cette heure si forts et si résistants.

De ces considérations il semble découler que le rôle professionnel des syndicats médicaux est suffisamment bien défini. Ce rôle consiste en somme dans la protection et la défense des intérêts matériels et moraux de la collectivité médicale. Pour remplir ce programme le groupement est nécessaire, d'autant plus indispensable qu'en face de nous se dressent des collectivités de toute espèce, prêtes à tirer profit de notre faiblesse, de notre manque de cohésion. Livrés à nos ressources individuelles nous sommes certains de succomber; dans tous les cas notre situation sera ou amoindrie ou compromise. Et quand je dis amoindrie ou compromise, je n'exagère rien. Voyez l'élément médical, livré à lui-même, aux prises, dans Paris même, avec ces sociétés de prévoyance, ces compagnies d'assurances contre les accidents, etc... Il n'y a pas d'illusion à se faire. Ces collectivités imposent leurs conditions aux médecins. La lutte pour la vie force ces derniers — sont-ils excusables? — à accepter des conditions draconiennes, iniques, ruineuses, autant au point de vne matériel, qu'au point de la dignité professionnelle Devant les exigences de cette espèce pour ne point nous courber, l'union s'impose. Ce n'est que par elle que nous réussirons à maintenir dans leur intégrité la dignité et l'honneur professionnels. Ayons sans cesse présentes à l'esprit les paroles de M. le Dr Bailly: « *Je regarde les syndicats comme la forme essentielle, la base des Associations professionnelles.* »

(*A suivre.*)

RÉPORTAGE MÉDICAL

Le choléra. — Les mesures prises, à la frontière, contre le choléra, ont, jusqu'à ce jour, donné des résultats satisfaisants. Quelques condamnations à l'amende et même à la prison, infligées à des voyageurs qui avaient voulu se soustraire à la visite médicale et à la surveillance ultérieure, ont fortifié les mesures de défense instituées à *Cerbère*, à *Hendaye* et dans les divers ports de la *Méditerranée* et de l'*Océan*, contre les provenances d'*Espagne*.

Jusqu'à ce jour aucun cas de choléra asiatique n'a été constaté en *France*.

D'autre part, le foyer épidémique de la *Mer Rouge* fait des ravages parmi les pèlerins de la Mecque. Il est à craindre que les prescriptions sanitaires de la commission internationale ne soient pas efficaces.

Ce qui tendrait à inspirer de vives alarmes, c'est qu'un cas de choléra asiatique a été observé, en Angleterre, chez un passager venant d'Orient. Nos voisins vont être plus rigoureux observateurs des règlements sanitaires. Ils verront que la mer n'est pas une protection suffisante et que les milliers de cas de choléra qui se sont déjà développés à la Mecque, en Mésopotamie, etc.., commandent les sacrifices commerciaux auxquels ils ne veulent pas se résigner.

— *Les médecins de la Compagnie P. L. M.*, au nombre de 300, ont fondé, il y a quelque temps, une caisse spéciale qui a pour but essentiel le secours et accessoirement la retraite. Nous avions proposé à M. le Dr *Aubert*, de Mâcon, vice-président de l'œuvre, d'affilier ses confrères à la *Caisse des pensions de retraite des médecins français.* L'élévation relative de la prime à payer a empêché d'aboutir. En effet, au bout de plusieurs années, cotisation et dons n'ont produit que 60.000 fr. à l'avoir social des 300 confrères de P. L. M. (200 fr. par membre). La retraite de droit; la pension de 600, de 1.200 fr. à 60 et même 70 ans, ne sont évidemment pas possibles pour une société qui ne possède que 200 fr. par sociétaire.

M. le Dr *Blum*, médecin en chef de la compagnie, remplace M. *de Villiers* qui a clos sa présidence par un don de trois mille francs.

— *Statistique de l'Institut Pasteur.* — 172 personnes ont été traitées pendant le mois de juin dernier à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

57 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement.

80 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

35 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 154 fois ; chats, 7 fois ; cheval, 7 fois ; âne, 3 fois.

Dans un cas la blessure a été faite par un enfant atteint de rage.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 36 6 Septembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séances du Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical et du Bureau de l'Union des Syndicats, du 27 août 1890.

Séance du Conseil de Direction.

Étaient présents : MM. *Cézilly*, directeur du *Concours médical*, Dr *Gassot*, Dr *Maurat*, secrétaire.

Absent et excusé : M. le Dr *Gibert*.

Le Conseil de Direction, après lecture du procès-verbal l'approuve, ainsi que le compte des recettes et dépenses, depuis la réunion du 14 avril dernier.

Il constate que l'annonce, au journal, de la Compagnie *Le Phénix, Branche-vie* ne donne pas les résultats qu'on était en droit d'en attendre et les membres du Concours ne recourant pas à cette Compagnie vie, le Conseil décide que cette annonce sera supprimée.

Le Conseil décide qu'une invitation sera faite, par la voie du journal, à tous ceux de ses membres qui se sont occupés de la question *Indemnité de maladie*, d'adresser à M. Cézilly leurs observations, études, projets.

Une convocation sera adressée aux médecins qui auront traité ce sujet pour une *réunion* spéciale.

Cette réunion, convoquée de la même façon que lors de la création de la *Caisse des pensions de retraite*, aura pour but de discuter tous les projets et de s'efforcer de s'entendre pour la rédaction d'un projet unique.

Une invitation sera adressée aux médecins qui ne font pas partie du Concours médical et qui ont étudié l'indemnité de maladie.

Le Conseil décide que, en vertu des pouvoirs que lui a conférés la dernière assemblée générale, la Société civile prendra à sa charge tous les frais de la *Réunion*. Elle aura lieu le *samedi 4 octobre, à 3 heures*, dans un local désigné ultérieurement.

Au sujet de la *Revision de la législation*, après examen du projet du gouvernement, le Conseil de Direction ayant remarqué que des articles essentiels du projet Chevandier sont supprimés et que, notamment, il n'y est pas question de l'article relatif aux *Syndicats*, décide qu'une démarche sera faite, à la rentrée des Chambres, auprès du ministre de l'intérieur, pour appeler son attention sur ces lacunes.

Après l'examen des questions courantes, le Conseil lève la séance.

Ont signé : Dr Cézilly, directeur ; Dr Gassot ; Dr Maurat.

Séance du Bureau de l'Union des Syndicats du 27 août 1890.

Présents MM. *Cézilly*, vice-président, *Maurat*, secrétaire général, *Lécuyer*, secrétaire adjoint.

Excusés absents : MM. Barat-Dulaurier, président, Destrem, Lardier, assesseurs.

On procède à la lecture et à l'adoption du procès-verbal de la précédente séance et à l'examen des dépenses engagées depuis le 14 avril. Elles s'élèvent à la somme de 239 fr. 57 pour jetons de présence et frais des deux réunions. Le journal a reçu, directement, de trois syndicats, pour leur cotisation à l'Union la somme de 132 fr. en compte.

Le Bureau examine d'une façon approfondie la question du *Bulletin de l'Union* et décide les diverses mesures qu'il convient de prendre à son sujet.

Le conseil invite les *Syndicats* à mettre à leur plus prochain ordre du jour, l'étude de la question de l'assistance publique dans les campagnes (voir le projet de loi publié au *Concours Médical* n° 17, 26 avril 1890) ; celle du projet de loi gouvernemental, sur l'exercice de la médecine (publié par le *Concours Médical*, n° 33, 16 août 1890) et en particulier les paragraphes qui visent la déclaration des maladies contagieuses et épidémiques.

Le Bureau de l'Union décide qu'il se joindra au conseil de direction de la Société du Concours Médical pour faire les démarches nécessaires, auprès du ministre de l'intérieur, en vue d'obte-

nir que le projet du gouvernement accorde aux médecins le bénéfice de la loi du 21 avril 1884 sur les syndicats professionnels.

Le bureau décide que M. *Lécuyer*, secrétaire adjoint, se mettra en relations avec tous les syndicats, dans le but d'obtenir sur leur compte des renseignements plus précis et de pouvoir, par ce moyen, adresser le *Bulletin des Syndicats* à tous les médecins syndiqués. M. le Dr Lécuyer est autorisé à faire les dépenses nécessaires pour cette correspondance.

Le conseil de l'Union, au sujet d'un incident regrettable, invite tous les bureaux des syndicats à *supprimer à l'avenir, des procès-verbaux qu'ils envoyent au Bulletin des Syndicats, toutes les questions personnelles locales, qui ne peuvent intéresser d'ailleurs les autres sociétés.*

Il décide en outre, que désormais, le directeur du *Bulletin des Syndicats* aura le droit de faire lui-même, les suppressions de ce genre.

Ont signé après lecture, le 27 août.

Dr *Cézilly*, vice-président ; Dr *Maurat*, secrétaire général ; Dr *Lécuyer*, secrétaire-adjoint.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Persistance de l'hymen pendant la grossesse.

Les cas de persistance de l'hymen pendant la grossesse sont rares, car M. Destarac, qui vient d'étudier cette question dans sa thèse, n'a pu en réunir que 40 observations. Certains auteurs, il est vrai, ont considéré le fait comme beaucoup plus fréquent ; mais cela tient à ce qu'ils ont fait rentrer dans cette catégorie des faits relatifs à des hymens lâches, facilement dilatables avec large ouverture ; or,on ne doit donner le nom de persistance de l'hymen qu'aux cas où l'hymen n'a permis aucune pénétration pouvant le déformer au point de rendre son intégrité douteuse ou du moins difficile à constater. Dans la plupart des cas cités par M. Destarac, l'hymen percé d'une ouverture le plus souvent très petite, fermait si bien l'entrée du vagin que l'accoucheur, appelé auprès de la femme en travail, était immédiatement averti de sa présence par l'obstacle apporté au toucher. Parfois il s'était déprimé en infundibulum sans se laisser pénétrer ; parfois, au contraire, sa structure fibreuse n'avait permis aucune déformation.

La conservation de l'hymen peut s'expliquer de diverses manières : tout d'abord il n'est pas nécessaire, pour que la fécondation se produise, que l'ouverture de l'hymen soit considérable ; Hyernaux cite un fait dans lequel l'hymen était percé d'un orifice si étroit que c'est à peine s'il présentait les dimensions d'un cheveu. La fécondation peut donc parfaitement se faire dans les conditions ordinaires de l'hymen, à la suite d'un rapport sexuel incomplet et resté unique ; c'est peut-être là ce que l'on observe le plus souvent. D'autre part, il existe des hymens durs, fibreux, presque cartilagineux qui rendent absolument impossible l'intromission pénienne. Ce sont ceux-là qui provoquent la dystocie et nécessitent une intervention chirurgicale.

L'incision de la membrane persistante, faite de bonne heure, est une règle qu'il faut suivre presque constamment ; on abrège ainsi l'accouchement et on évite des accidents ; on a vu, en effet, dans le cas d'hymen très résistant, l'accouchement se faire à travers le périnée. On doit cependant attendre pour faire ces incisions que le travail soit commencé ; faites pendant la grossesse, elles peuvent provoquer l'avortement.

La persistance de l'hymen dans certaines conditions montre aussi combien est défectueuse la

FEUILLETON

Conférence du professeur Bouchard (*suite et fin*).

THÉORIE DE L'INFECTION.

Une bactérie virulente est introduite par effraction dans nos tissus, ou l'un des microbes pathogènes qui habitent nos cavités, trompant à la faveur d'une perturbation nerveuse, la surveillance des cellules lymphatiques passe dans nos humeurs ; la maladie n'a pas encore commencé pour cela. L'agent pathogène tombe dans un milieu plus ou moins favorable à son développement. Si nos humeurs sont très bactéricides, il ne se fait pas de végétation, pas de multiplication, partant pas de maladie. Si nos humeurs sont favorables au microbe, le développement est immédiat. Si elles sont modérément microbicides, il y a une première phase de dégénérescence pendant laquelle un certain nombre des bactéries peuvent disparaître, mais pendant laquelle aussi les diastases sécrétées modifient la matière dans la zone envahie, l'adaptent aux besoins du microbe comme la diastase de la levure qui transforme en glycose fermentescible la saccharose et la lactose. Alors le développement de l'agent pathogène s'effectue. Que ce développement ait été immédiat ou qu'il arrive seulement après cette phase de dégénérescence, la maladie a commencé.

A partir de ce moment, le végétal pullule et sécrète, et la masse de ses produits de sécrétion est proportionnelle à son nombre et aussi à l'intensité de sa vie. Ces poisons peuvent faire des détériorations locales par altération chimique du tissu envahi. Ils sont aussi absorbés et provoquent les accidents pyrétiques, nerveux et dystrophiques qui varient suivant la nature des produits absorbés, c'est-à-dire suivant l'espèce du microbe qui le sécrète. Ces phénomènes locaux et généraux de l'infection apparaissent à l'instant précis où le nombre des microbes fait que la masse des produits bactériens n'est plus quantité négligeable.

Ainsi, en continuant à pulluler, le microbe pousse l'intoxication jusqu'à la mort, malgré les efforts que fait l'organisme pour reculer cette échéance, en éliminant les poisons par les reins, en les transformant dans le foie, en les brûlant dans le sang ou dans les tissus ; *à moins que* l'organisme ne dirige contre la vie des microbes les deux moyens de défense par lesquels il peut agir sur eux : le phagocytisme qui les détruit, l'état bactéricide qui modère et arrête leur pullulation, qui restreint et supprime leur sécrétion. De ces deux moyens, l'un, l'état bactéricide, n'est qu'une arme d'emprunt qui n'est donnée à l'organisme que par le microbe ; il n'apparaît, d'ailleurs, que tardivement. L'autre, le phagocytisme, appartient en propre à l'organisme, mais suppose la diapédèse qui, pour s'effectuer, exige une sollicitation du microbe. Si cette sollicitation manque, si l'action irritative locale est nulle, l'infection générale d'emblée peut amener la mort avec une rapidité presque foudroyante. Sauf ce cas, le phagocytisme est un moyen de défense, le seul pendant les deux ou trois premiers jours. Dans les infections bénignes, il peut, à lui seul, produire certaines guérisons.

Mais beaucoup de microbes ont le moyen d'empêcher l'effort phagocytaire d'aboutir ; ce sont ceux dont les sécrétions paralysent le centre vaso-dilatateur ; ce sont aussi, peut-être, ceux qui par d'autres produits paralysent les leucocytes. Ces sécrétions font le danger de certains microbes, plus encore que les sécrétions pyré-

distinction médico-légale entre le viol et l'attentat à la pudeur ; tant qu'il n'y a pas destruction de l'hymen, il n'y a qu'attentat à la pudeur ; si l'hymen est rompu il y a viol, et le coupable qui, dans le premier cas, n'était justiciable que de la réclusion, devient justiciable des travaux forcés. Tout dépend ici de la solidité de l'hymen, de sa structure plus ou moins délicate. Pourquoi donc séparer arbitrairement des actes qui, ayant les mêmes conséquences et tendant au même but, sont de même nature ? Pour séparer nettement le viol et les attentats à la pudeur, M. Garimond propose de donner ce dernier nom à tous les actes coupables commis sur l'un et l'autre sexe en dehors de la sphère génitale. La dénomination de viol serait réservée à toute violence, de quelque nature qu'elle soit, exercée sur les organes sexuels de la femme. Cette distinction serait beaucoup plus légitime que celle qui est adoptée.

Les troubles psychopathiques de la miction.

Le travail que l'un des élèves de M. le professeur Guyon, M. le Dr Jules Janet, vient de publier sur ce sujet, renferme un grand nombre de considérations très intéressantes et des aperçus très ingénieux sur le côté psychopathique des troubles urinaires. M. Janet a pour but de démontrer qu'il existe une forme spéciale de psychopathie ayant une tendance marquée à se localiser sur les organes d'expulsion de l'urine. Cette affection est caractérisée par une triade symptomatique à peu près constante : incontinence d'urine dans l'enfance ; plus tard pollakiurie simple, douloureuse ou spasmodique après la guérison de l'incontinence ; hypochondrie urinaire généralement combinée à l'hypochondrie génitale que le malade a de la peine à en séparer dans une dernière période. Ces trois états successifs sont en quelque sorte les trois périodes d'une même maladie.

M. Janet montre d'abord quel est le rôle de l'attention dans la miction normale. Le phénomène de la miction nécessite pour se produire une double action : 1° une action dynamogénique qui fait contracter la paroi musculaire de la vessie ; 2° une action inhibitive qui relâche le sphincter uréthral.

La première de ces actions se produit généralement avec facilité ; la seconde, qui est purement psychique, nécessite la suspension momentanée de l'action d'un muscle strié, et pour obtenir ce résultat, le meilleur moyen que nous ayons consiste à en détacher le plus possible notre attention. Si ce temps de distraction ne se produit pas ou est incomplet, la miction devient difficile, quelquefois impossible. Or, c'est déjà un trouble très léger, il est vrai, que celui qui se remarque chez certains individus qui sentent la nécessité de cette distraction et qui sont dans l'impossibilité absolue d'accomplir la miction dès qu'ils pensent à l'acte qu'ils exécutent.

A un degré plus avancé survient ce que Paget a appelé le *bégaiement urinaire*. Dans sa forme la plus simple il consiste dans ce fait que les individus qui sont atteints de cette infirmité ne peuvent uriner quand on les regarde. Les sujets qui en sont atteints, dit cet auteur, pissent normalement aux moments ou aux endroits accoutumés, mais quand ils se trouvent avec des étrangers ou dans des endroits associés dans leur esprit avec le bégaiement, ils ne peuvent uriner et sont exposés à la rétention. Cette rétention est rare, mais elle arrivera le jour où le malade portera en lui constamment la cause de son affection, le jour où il se gênera lui-même en se regardant pisser, aussi bien que l'impuissant arrivera à ne pouvoir jamais exécuter le coït le jour

---

togènes ou vénéneuses. En face de ces microbes, l'organisme est désarmé ou ne dispose que de moyens palliatifs.

Mais, heureusement, pendant que la bactérie virulente verse dans les tissus et dans le sang ces substances délétères, dont la présence se traduit immédiatement par de graves perturbations, elle sécrète aussi une autre substance qui, pendant plusieurs jours, ne va se révéler par aucun phénomène appréciable, mais qui pénètre les cellules, change leur nutrition et les incite à élaborer la matière, suivant un type nouveau : l'état bactéricide s'établit. A ce moment précis, la maladie a atteint son acmé, elle n'a plus qu'à décroître.

Dans les humeurs modifiées, la pullulation se ralentit, le microbe s'atténue. Les poisons vont être livrés au sang en quantité décroissante et les émonctoires vont suffire à leur élimination. Mais surtout le poison qui paralyse le centre vaso-dilatateur arrive aussi en moindre quantité, la diapédèse, jusque-là entravée se produit et le phagocytisme, désormais possible, s'accomplit sans obstacle sur des bactéries déjà atténuées et achève leur destruction, commencée par l'état bactéricide.

Dans cette conception de la maladie infectieuse, il y a une première période où les microbes, en paralysant le centre vaso-dilatateur, font que l'infection et l'intoxication vont graduellement croissantes. Pendant ce temps, ils préparent la seconde période où l'état bactéricide atténue le microbe, diminue ses sécrétions toxiques et l'oblige enfin à laisser s'accomplir le phagocytisme qui termine le drame.

Dans la maladie infectieuse, les matières bactériennes nuisibles agissent d'emblée, les matières utiles agissent tardivement. Mais l'effet nuisible cesse rapidement, tandis que l'effet utile dure longtemps.

Théorie de la vaccination.

La guérison est la première manifestation de l'immunité. Les matières vaccinantes ont rendu possible la guérison en produisant l'état bactéricide, l'effet utile qui dure longtemps. C'est en effet cet état bactéricide qui constitue la vaccination ou l'immunité acquise. Le microbe qui a produit la première maladie, s'il est de nouveau introduit dans les tissus, y trouvera un terrain singulièrement modifié, beaucoup plus défavorable. Son développement y sera plus difficile et peut-être impossible ; mais tout ne se borne pas à cela.

Inoculez le même virus fort à un animal sain et à un animal vacciné, il ne provoquera pas de diapédèse chez l'animal sain, il en provoquera une abondante chez le vacciné. Charrin nous a donné l'explication de ce fait, elle complète la théorie de la vaccination. La bactérie virulente se développe chez le vacciné, elle se développe mal, donne une végétation grêle et ses sécrétions sont amoindries. Elle est capable de produire encore une irritation locale qui sollicite la diapédèse, elle ne sécrète plus en quantité suffisante la matière qui s'oppose à la diapédèse. Le phagocytisme s'exécute donc en toute liberté. Les choses se passent après l'inoculation chez le vacciné de la même manière que j'ai indiquée pour la fin de la maladie évoluant pour la première fois.

L'inoculation d'un virus fort chez un vacciné n'est autre chose que l'inoculation d'un virus atténué. Seulement l'atténuation au lieu d'être faite au préalable dans le laboratoire se fait dans les tissus du vacciné. Charrin et Gamaleïa nous ont montré que cette atténuation est complètement effectuée en quarante minutes.

Nous sommes loin des conceptions d'après lesquel-

où il doutera de lui devant toutes les femmes. Cette forme de rétention ne se produit guère que lorsqu'une cause occasionnelle se surajoute, venant encore affaiblir la contractilité vésicale, telle que la rétention volontaire ou un traumatisme.

Un phénomène fréquent chez le psychopathe urinaire est le spasme uréthral. D'après M. Guyon, c'est un obstacle intermittent et passager, toujours plus considérable au moment où l'envie de pisser est très grande. Ce dernier caractère est très important. Le spasme de la région membraneuse n'est pas continu, il se produit comme la crampe des écrivains, à laquelle il ressemble à bien des points de vue, au moment où nous portons notre attention sur le sphincter uréthral et où nous cherchons à l'utiliser. Ce spasme est la cause première d'un grand nombre des accidents dont se plaignent les psychopathes urinaires.

Enfin un phénomène fréquent dans la symptomatologie présentée par les psychopathes urinaires est la pollakiurie ; la fréquence des mictions est un phénomène très habituel chez eux et présente deux variétés principales : la pollakiurie psychopathique précoce qui se développe dans l'enfance et peut persister jusqu'à l'âge le plus avancé et la pollakiurie psychopathique tardive qui semble attendre pour s'installer que l'attention du malade soit appelée sur ses organes génito-urinaires ; elle débute, par exemple, à l'occasion de la première blennorrhagie et persiste après la complète disparition de celle-ci.

La pollakiurie précoce se transforme très souvent en miction involontaire nocturne, et, d'après M. Janet, l'incontinence nocturne, même chez les enfants, se fait le plus souvent par l'intermédiaire d'un *rêve de miction* ; et voici comment il l'explique. Ces petits incontinents nocturnes sont déjà de véritables hypochondriaques urinaires. En se couchant, leur unique préoccupation est de savoir s'ils urineront au lit ; ils s'endorment avec cette pensée. A leur réveil, leur premier mouvement est de tâter leurs draps pour voir s'ils les ont mouillés. Pendant la journée on les gronde, on les prive de dessert, quelquefois on les corrige encore plus sévèrement, si bien qu'en réalité, jour et nuit, ils sont sollicités à penser à leur vessie ; ce n'est pas une bonne condition pour diminuer la fréquence de ses contractions. On conçoit que dans cet état, l'enfant qui dort profondément et dont la pollakiurie est réelle, ait des rêves mictionnels dont il ne se souvient presque jamais au réveil.

Le traitement de l'incontinence nocturne doit être très différent de celui qu'on emploie habituellement. Ainsi que M. le professeur Guyon dont il est l'élève, M. Janet pense que l'électrisation peut rendre de grands services. Elle agit en rendant la muqueuse sensible, ce qui force les enfants à se réveiller et à se lever aux premières menaces de l'envie d'uriner ; mais cela ne diminue pas la pollakiurie qui est la cause première de l'incontinence. Mais lorsque cet effet s'est produit plusieurs fois, l'enfant, plus confiant, s'endort sans plus songer à sa vessie ; l'effet immédiat de cette distraction se fait aussitôt sentir ; la vessie n'étant plus tenue en éveil par les pensées de miction, se repose elle-même et se laisse distendre, comme une vessie normale qu'elle est, sans se contracter. A part ce traitement électrique, il est absolument indispensable de faire perdre au jeune malade ses préoccupations mictionnelles. Il est donc de toute nécessité d'éviter absolument les remontrances, les punitions et les corrections qui ne font qu'entretenir cet état. Un traitement moral se joindra donc utilement à l'électrisation uréthrale ; il consistera à tranquilli-

---

les l'état du vacciné n'était que l'énergie acquise par les leucocytes pendant un premier combat ou que l'accoutumance aux poisons bactériens, une sorte de mithridatisation. Quand on vaccine avec les produits solubles et non avec les microbes, les leucocytes ne subissent et ne livrent aucun combat, et cependant ils accomplissent désormais leur rôle de phagocytes. Quand on injecte à un animal sain et à un animal vacciné les produits solubles du microbe qui a vacciné l'un des deux, il faut exactement la même dose pour tuer tous les animaux. Ne parlons donc plus d'entraînement des leucocytes et d'accoutumance des cellules nerveuses aux poisons bactériens : c'est pure rhétorique.

Définition des virus et des vaccins.

Un virus est un microbe pour lequel les humeurs d'un animal envisagées au point de vue de leur composition, sont un milieu habitable et qui de plus possède les moyens de lutter, souvent avec avantage, contre les procédés de destruction dont dispose l'organisme animal. Le plus puissant des moyens de défense de ce microbe, c'est la propriété qu'il possède de sécréter des matières qui s'opposent au phagocytisme.

Le vaccin est un virus qui a la propriété de sécréter des matières qui modifient lentement et d'une façon durable la nutrition, au point de créer l'état bactéricide, et qu'on amène par des artifices d'éducation à perdre quelques-unes de ses sécrétions nuisibles, en particulier celle qui empêche la diapédèse, tout en gardant ses sécrétions vaccinantes.

Conception de l'immunité naturelle.

La théorie de l'immunité acquise n'est pas applicable à l'immunité naturelle, car, par une circonstance paradoxale, l'état bactéricide manque souvent chez les espèces qui possèdent l'immunité et d'autres qui ont la réceptivité, ont des humeurs bactéricides.

Chez l'animal doué de l'immunité naturelle, le virus fort provoque, comme chez le vacciné, la diapédèse et le phagocytisme. Ce n'est pas parce que le virus s'atténue comme chez le vacciné ; c'est, je suppose, parce que le système nerveux de cet animal réfractaire est moins sensible au poison qui empêche la diapédèse, que le système nerveux des espèces qui ont la réceptivité. Mais cette différence n'est pas essentielle, elle n'est qu'affaire de degré et il suffit pour forcer l'immunité naturelle, pour produire l'infection générale et pour empêcher la diapédèse, d'augmenter, comme je l'ai fait, la dose des produits bactériens. Une expérience de Roger, est instructive à ce point de vue. Chez un lapin, animal réfractaire, il inocule dans la chambre antérieure, le bacille du charbon symptomatique. Dans ce milieu dépourvu de leucocyte, le végétal se développe, ce qui prouve que les humeurs n'étaient pas bactéricides.

A ce moment, il fait une seconde inoculation à la cuisse ; la tumeur crépitante s'y développe et l'infection générale se produit. Dans cette expérience, la culture dans la chambre antérieure, a jeté dans la circulation assez de matière pour empêcher la diapédèse, et l'infection s'est produite comme quand on inocule, chez cet animal, le même microbe en l'accompagnant d'une grande quantité de ses produits.

Messieurs, j'ai terminé. Le système que je vous soumets n'est sans doute pas exempt d'hypothèse, mais pour les points essentiels, il repose, je crois, sur des faits expérimentalement démontrés.

ser le malade sur son état, à lui assurer sa guérison prochaine, à lui recommander d'oublier le plus possible sa vessie et de ne pas se préoccuper de ses mictions involontaires.

Tels sont les principaux symptômes que peut présenter le psychopathe urinaire ; mais si on les examine dans leur ensemble et dans leur évolution, voici ce qu'on observe. Les psychopathes urinaires naissent de parents qui font partie de la grande famille névropathique ; on retrouve dans leurs ascendants soit d'autres psychopathes urinaires, soit toute autre tare nerveuse quelle qu'elle soit. Ils commencent leur triste carrière par la pollakiurie, symptôme qu'ils ont bien des chances pour conserver toute leur vie ; cette pollakiurie se transforme souvent en incontinence nocturne, et cette infirmité, source pour ce malade d'une foule de chagrins, laisse dans son jeune cerveau une empreinte profonde. Il n'est donc pas étonnant de retrouver plus tard chez lui cette crainte sourde des affections vésicales que lui ont quelquefois légué héréditairement plusieurs générations d'incontinents nocturnes.

De 4 à 20 ans, l'incontinence nocturne guérit ; mais presque toujours, l'incontinent guéri reste sujet à la pollakiurie diurne et au bégaiement urinaire. Cependant, tout n'est pas fini pour lui : son appareil génital va entrer en jeu et ajouter ses troubles à ceux que son appareil urinaire présentait déjà. Ces accidents génito-urinaires vont prendre dans son esprit une importance considérable et par là même exagérer ses troubles anciens, tels que la pollakiurie, en produire de nouveaux, tels que le spasme et les névralgies, et finalement le conduire à l'hypochondrie la plus profonde. Cette hypochondrie offre des caractères tout spéciaux et que M. Janet décrit sous le nom d'hypochondrie urinaire.

De l'acromégalie.

L'acromégalie, désignée aussi sous le nom de maladie de Marie, a été décrite il y a peu d'années par ce dernier observateur. Depuis cette époque, divers travaux ont été écrits sur ce sujet, mais aucun n'a eu l'importance de celui que vient de publier M. le Dr Souza-Leite, qui a réuni dans sa thèse toutes les observations connues de cette singulière affection en les accompagnant d'un grand nombre de figures qui viennent compléter ses descriptions. Sans entrer dans tous les détails de cette étude, nous indiquerons, d'après un chapitre de M. Souza-Leite, les caractères principaux de cette maladie, assez rare d'ailleurs, puisque le nombre des observations publiées ne s'élève qu'à trente-cinq.

Au point de vue symptomatique, quatre ordres de faits attirent immédiatement l'attention quand on examine un acromégalique.

1° On constatera qu'il a des mains épaissies, élargies, massives en un mot, que les parties molles de la face palmaire en sont saillantes, rembourrées, si l'on peut s'exprimer ainsi ; que les doigts présentent dans leur étendue à peu près la même grosseur ; que, phénomène très curieux, ni la main, ni les doigts ne sont allongés notablement, surtout si l'on tient compte de leur épaisseur singulière. Ces mains sont de véritables battoirs et ces doigts peuvent être justement comparés à des saucissons. Les autres segments des membres thoraciques peuvent aussi être augmentés de volume, mais dans des proportions beaucoup moindres ; il en est de même des membres inférieurs dont l'augmentation de volume est beaucoup moindre.

2° Pour ce qui est de l'extrémité céphalique, la face est changée d'une manière extraordinaire ; elle est allongée et ovalaire ; le front, bas, repose sur d'énormes saillies orbitaires ; le nez est souvent énorme, les pommettes sont saillantes et le maxillaire inférieur surtout présente une déformation considérable ; le menton est gros, massif, formant une saillie marquée dirigée en bas et en avant, ce qui contribue à donner à la figure des acromégaliques, son aspect étrange ; le maxillaire supérieur, au contraire, est très peu atteint. De plus les parties molles présentent aussi quelques particularités ; les lèvres sont augmentées de volume, l'inférieure surtout, qui est proéminente, renversée en bas, pendant comme une véritable lippe ; l'orifice buccal est souvent béant et la langue que l'on aperçoit alors est volumineuse, augmentée en épaisseur et en largeur.

3° A ces grandes modifications des extrémités et de la tête il faut joindre celles du tronc qui dans certains cas présente soit de la cyphose, soit de la lordose et en avant une proéminence plus ou moins prononcée, ce qui souvent détermine une double bosse.

4° Les symptômes subjectifs que l'on observe en même temps sont la céphalalgie, des douleurs dans les os ou dans les jointures, la suppression des règles, l'affaiblissement de la vue, l'exagération de l'appétit et de la soif, souvent la polyurie et quelquefois la glycosurie. Enfin beaucoup d'acromégaliques se plaignent de faiblesse générale, de lassitude ; ils deviennent tristes et ont quelquefois des tendances au suicide.

D'une façon générale, la maladie se développe durant l'adolescence ou le commencement de l'âge mur, le plus souvent vers la vingtième année. D'après Marie, elle n'est jamais congénitale. Elle s'établit lentement, par l'hypertrophie progressive des extrémités et de la face. Aucun symptôme n'attire au début l'attention du malade, si bien que c'est souvent le médecin qui la découvre chez lui. Certains détails amènent quelques remarques ; une bague devient trop petite, un chapeau, des gants, des chaussures, deviennent trop étroits ; un malade qui jouait du violon fut obligé d'abandonner cet instrument, ses doigts étant devenus trop gros pour en jouer, et s'adonna alors au piston ; mais bientôt il fut obligé d'en faire changer l'embouchure, la première étant devenue trop petite pour ses lèvres épaissies et tombantes.

Une fois établie, la maladie marche d'une façon très lente avec des poussées et des recrudescences ; petit à petit les mains et les pieds prennent leur volume énorme et presque monstrueux ; la face et le tronc se prennent ensuite. Une véritable cachexie peut survenir à la dernière période et les malades finissent par succomber quelquefois par syncope et probablement par compression cérébrale. Une maladie intercurrente peut abréger la durée de l'acromégalie, qui est de dix, vingt, trente ans ou plus encore. Quant aux théories assez nombreuses émises sur la nature de la maladie, elles sont encore si vagues qu'il est inutile d'y insister, car on est à peu près dans l'ignorance sur sa pathogénie.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *De la grippe et des affections chirurgicales.* — II. *Prothèse des apophyses géni.* — III. *Traitement du pyopneumothorax.* — IV. *La chirurgie au Congrès de Limoges.* — V. *La chirurgie au Congrès de Berlin.* — VI. *De l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie* (*Lister*, *Terrier*).

I. — De la grippe et des affections chirurgicales.

M. *Verneuil* a recherché quelle avait été pendant la dernière épidémie *l'influence de la grippe sur les affections chirurgicales* : c'est le résumé de ses observations qu'il vient de communiquer à l'Académie. La grippe, en sa qualité de maladie générale infectieuse, peut exercer une influence fâcheuse sur les blessures et les opérations chirurgicales : c'est surtout par sa tendance à la pyogénie que la grippe traduit cette influence. Au premier rang des complications qu'elle peut produire dans le domaine chirurgical, vient la suppuration des blessures accidentelles ou opératoires que, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, on croyait justement à l'abri de cette complication. Lorsqu'elle survient après une opération, la grippe peut retarder la cicatrisation, désunir même la plaie opératoire déjà réunie et entraîner la suppuration de son foyer ; si au contraire la blessure accidentelle ou chirurgicale a lieu pendant la convalescence de la grippe, dans certains cas la cicatrisation ne se produit pas; dans d'autres cas, le traumatisme réveille la grippe et celle-ci aggrave le traumatisme par différentes complications (fièvre, broncho-pneumonie, septicémie, pyohémie, érysipèle, lymphangite, etc.).

Il est donc important d'être prévenu de la possibilité de l'intervention de la grippe pendant la cure des plaies. Quand au cours d'une épidémie de grippe, on observe chez un opéré ou un blessé, pansé régulièrement d'après les règles de la méthode antiseptique, une élévation brusque de la température, on doit soupçonner l'existence de cette affection.

La pyohémie grippale diffère de la pyohémie traumatique classique par différents points : elle survient plus souvent spontanément qu'après une plaie ; les abcès métastatiques, bien que multiples, sont d'ordinaire peu nombreux ; les frissons, communs dans la pyohémie ordinaire, font généralement défaut; enfin, la terminaison par guérison paraît moins rare dans la pyohémie grippale que dans l'autre.

En résumé, en temps d'épidémie, les chirurgiens devront s'abstenir, hors les cas d'urgence, de pratiquer aucune opération en particulier sur les voies respiratoires, plus exposées que les autres aux complications grippales. Chez les personnes qui ont eu la grippe, il faut attendre avant d'opérer que leur état général soit redevenu normal et leur faire suivre pendant quelque temps un traitement tonique et réparateur.

II. — Prothèse des apophyses géni.

M. *Guermonprez* (de Lille) rappelle que l'amputation du corps du maxillaire inférieur est une menace pour la fonction respiratoire. La langue n'est plus retenue en avant par les apophyses géni ; elle retombe en arrière, renverse l'épiglotte et détermine une suffocation redoutable. Ayant eu à opérer récemment un malade atteint d'un épithéliomia de la lèvre inférieure avec envahissement de la portion moyenne du corps du maxillaire, M. Guermonprez, après avoir fait l'exérèse et l'hémostase, pratique la *prothèse des apophyses géni* au moyen d'un gros fil d'argent ; ce fil fut fixé dans chacune des deux portions conservées du maxillaire inférieur et placé au moyen d'un enroulement en hélice ; cette pièce protéthique porte sur le milieu de la face postérieure une sorte d'œillet qui forme un solide point d'insertion aux muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens. Il a été facile de passer un crin de Florence à travers la portion aponévrotique correspondante de ces muscles et de les fixer solidement à la pièce protéthique constituée par le fil d'argent. Le résultat immédiat fut satisfaisant.

III. — Traitement du pyopneumothorax.

M. *Hache* a opéré un jeune homme de vingt ans qui, à la suite d'un coup de couteau dans la région dorsale, présentait tous les symptômes d'un *pyopneumothorax interlobaire sans communication avec les bronches :* après avoir lavé la cavité avec une solution de biiodure de mercure à 1 0/00, M. *Hache* introduisit dans l'orifice fistuleux une tige de laminaire, puis, au bout de quelques jours, un double drain de caoutchouc, par lequel il fit des lavages au biiodure. Au bout d'une quinzaine de jours, le drain fut enlevé et le malade complètement guéri. L'oblitération de la poche eut lieu par le simple développement du poumon. Ce fait démontre l'importance du drainage et de la suppression rapide des lavages dans le traitement des foyers intra-pleuraux.

IV. — La chirurgie au Congrès de Limoges.

Plusieurs communications intéressantes ont été faites à ce Congrès ; ainsi, M. *Delotte* (de Limoges) a opéré un malade qui était porteur, à la nuque, d'une tumeur du volume d'une noix, ayant tous les caractères d'un kyste sébacé. Cette tumeur n'était pas réductible et ne présentait pas de battement ; de plus, à sa surface, la peau n'était ni amincie ni écaillée, comme on le voit dans les encéphalocèles ou les méningocèles. Cependant, après l'opération, Delotte s'aperçut que le kyste opéré superficiel était en communication par un orifice, à travers l'occipital, avec une poche plus profonde située en avant de l'os dans l'espace sous-méningé.

On peut attribuer à certains kystes sébacés de la nuque une origine analogue à celle des kystes dermoïdes de la région frontale, si fréquents à la queue du sourcil ; lorsque l'on observe des troubles nerveux, douleurs ou divers autres phénomènes, coïncidant avec la présence d'une tumeur sébacée dans la région frontale ou dans la région occipitale, on doit soupçonner l'existence d'une poche sous-méningée comprimant les tissus nerveux voisins.

Le même chirurgien rapporte une observation de kyste hydatique suppuré du foie pour lequel il pratiqua la laparotomie : après incision du foie dans une épaisseur de trois millimètres, cinq à six litres de pus s'écoulèrent au dehors. Delotte sutura ensuite la poche du kyste à la paroi abdominale. Actuellement, trois mois après l'opération, le malade conserve un drain de 0,10 centimètres de longueur : la cavité de la poche ne renferme plus que cinq à six cuillerées de liquide au moment des injections.

M. *Chapplain* (de Marseille) rapporte deux variétés très différentes de *gangrène traumatique gazeuse* : dans l'une il s'agit d'une septicémie gazeuse foudroyante ; les gaz se forment dans le tissu cellulaire superficiel et profond qu'ils envahissent sans que rien limite leur expansion ; l'intoxication est généralisée. Dans l'autre variété, les gaz sont contenus dans les vaisseaux, circulent avec le sang et trouvent un émonctoire dans le poumon ; l'invasion gazeuse est alors limitée et ne dépasse pas la racine du membre.

M. *J. Lemaistre*, après avoir étudié le mode de formation et d'ouverture spontanée *du phlegmon péri-amygdalien*, rappelle combien ces abcès sont douloureux et comment ils peuvent amener certaines complications graves. Aussi vaut-il mieux les inciser dès qu'on est assuré de la présence du pus ; lorsque la collection purulente est formée il se produit entre les fibres du pilier antérieur un écartement qu'on peut sentir avec le doigt et qui siège sur la partie oblique de ce pilier, à environ 1/2 centimètre de son bord interne. Cet écartement ne se voit pas, mais il est très facilement senti par la pulpe du doigt, qui éprouve la sensation d'une boutonnière ; c'est d'ailleurs un point où la pression produit une vive douleur. C'est là qu'il faut inciser : on est sûr d'arriver sur la collection purulente qui occupe la partie supérieure de l'excavation amygdalienne. Il ne faut pas se contenter d'une simple piqûre, mais enfoncer le bistouri assez profondément.

M. *Chenieux* a opéré un jeune homme de 17 ans d'un polype naso-pharyngien : pour éviter l'asphyxie par chute du sang dans les voies aériennes, et pour faciliter l'anesthésie, l'opérateur fit la trachéotomie préalable. A peine l'inhalation chloroformique commencée par les voies ordinaires eut-elle été faite par la trachée qu'il y eut syncope respiratoire pendant 10 minutes. La respiration artificielle pratiquée par la canule fit seule revenir le malade à la vie.

Cinq jours après, l'opération fut faite par la voie naso-maxillaire : M. Chénieux put donner impunément le chloroforme et pratiquer en toute sécurité l'ablation du polype à l'aide du thermocautère et de la rugine.

M. *Thouvenet* rapporte un succès qu'il a obtenu il y a trente ans chez un enfant atteint d'une cicatrice épaisse, qui maintenait rapprochées les mâchoires, ne laissant entre elles et les incisives supérieures qui recouvraient les inférieures qu'un étroit passage par lequel on faisait pénétrer à grand'peine quelques aliments : cette lésion était consécutive à une gangrène de la bouche au cours d'une fièvre typhoïde. M. Thouvenet fit de l'*autoplastie* faciale et interposa entre les deux lèvres de la division de la cicatrice un long lambeau cutané d'un centimètre et demi de largeur, commençant au sillon de la lèvre inférieure et descendant sur la partie antéro-latérale du cou. Aujourd'hui, trente ans après l'opération, ce malade ouvre la bouche avec grande facilité.

M. *Reboul* (de Marseille) rappelle que la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire se manifeste, dans la forme brusque par une douleur subite, localisée à un côté du bas-ventre et par une augmentation du volume de la tumeur. Dans trois cas de torsion du pédicule, M. Reboul a pu constater *deux autres signes* qui lui ont permis d'affirmer le diagnostic exact avant l'intervention : d'abord un bruit de souffle très net, systolique, siégeant au point douloureux, c'est-à-dire au niveau du pédicule du kyste ; un mouvement en masse de la tumeur, donnant la sensation d'un soulèvement et coïncidant avec le battement artériel.

Le même chirurgien a employé avec succès le *naphtol camphré* de différentes façons : il s'en est servi pour faire des injections dans les articulations, les cavités osseuses, les synoviales tendineuses, les abcès chauds ou froids, les trajets fistuleux, la plèvre, l'utérus, pour faire des injections interstitielles et des instillations vésicales. Comme pansement, M. Reboul se sert de gaze aseptique imbibée de naphtol camphré ; il l'applique à la surface des plaies ou l'introduit dans les cavités naturelles ou artificielles. En outre, les instruments baignant dans le naphtol camphré ne sont pas altérés et sont maintenus aseptiques; il en est de même des fils d'argent, du crin de Florence, de la soie, du catgut.

M. *L. H. Petit* rappelle les travaux du Pr Verneuil sur l'hybridité tuberculo-arthritique, c'est-à-dire le mélange chez un même sujet, de la tuberculose et de l'arthritisme, mélange résultant du mariage d'un tuberculeux et d'un arthritique, ayant donné naissance à un hybride. Lorsque la tuberculose se développe dans ces conditions, sa marche est lente, ses ravages limités, son pronostic favorable et son traitement efficace. M. L. H. Petit a pu constater la justesse de cette remarque chez deux sujets atteints de coxalgie et conclut de ces observations que la coxalgie survenant chez des sujets dont les ascendants sont l'un tuberculeux et l'autre arthritique, est dans de meilleures conditions pour guérir que s'ils étaient simplement tuberculeux. Il suffit d'un traitement simple, l'immobilisation et le traitement interne, le séjour au grand air ou au bord de la mer pour voir disparaître l'affection. La coxalgie elle-même ne diffère guère par ses caractères de la coxalgie ordinaire, mais c'est une tuberculose locale évoluant sur un terrain qui se prête mal au développement du bacille tuberculeux et qui guérit facilement au moyen d'un traitement approprié.

M. *L. Brémaud* (de Brest) fait connaître un procédé *d'abaissement de la cataracte* employé dans l'Inde par un opérateur ambulant, procédé qui présente des avantages sérieux. L'opération se décompose en deux temps : 1° ponction du globe oculaire avec une lancette ordinaire, la lame enfoncée à 4 millimètres du bord externe de la cornée, à 4 millimètres du-dessous du prolongement du diamètre transversal et à une profondeur de 8 à 10 millimètres. — 2° Dans cette plaie est introduit un abaisseur spécial, sorte de stylet terminé par une pyramide triangulaire à pans rabattus et mousses ; par un mouvement de pivot qui porte successivement l'extrémité du membre en bas, en dehors, puis en haut, l'extrémité interne décrit un mouvement inverse, s'appuie sur le bord supérieur du cristallin, l'abaisse et l'entraîne par la continuation du même mouvement dans les parties profondes du globe oculaire. L'instrument est retiré en suivant la succession inverse des mouvements : vingt-deux opérations faites par ce procédé ont eu des résultats immédiats satisfaisants.

M. *Galezowski* rappelle que si certains yeux atteints d'astigmatisme sont corrigés avec des verres cylindriques, il en est d'autres présentant le même défaut de réfraction qui ne sont pas corrigés par ces verres : l'astigmatisme est alors irré-

gulier. M. Galezowski prescrit alors des verres cylindro-coniques et a pu ainsi rétablir la vision presque normale chez cinq de ces malades qui étaient considérés comme atteints d'astigmatisme irrégulier et d'un trouble de la vision, que rien précédemment ne pouvait corriger.

V. — La chirurgie au Congrès de Berlin.

La chirurgie n'a point chômé à ce Congrès ; nous ne pouvons qu'indiquer les principales communications qui y ont été faites.

M. *Stœrk* (de Vienne) relate l'observation d'un malade de cinquante-deux ans chez lequel il fit pratiquer par le Dr Gersung l'extirpation d'une tumeur carcinomateuse du larynx : cette opération a déterminé une guérison complète qui se maintient depuis trois ans.

M. *Luc* cite un fait de cicatrisation complète d'une ulcération tuberculeuse de la région aryténoïdienne du larynx, obtenue par un curettage énergique suivi de badigeonnage à l'acide lactique. Le malade ne présentait pas de lésions pulmonaires appréciables, mais le microscope avait révélé la nature tuberculeuse des fragments enlevés du larynx. Toutefois, le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, visant à un résultat radical ne doit pas être appliqué indistinctement à tous les malades, mais réservé à certains cas particulièrement favorables en raison de l'intégrité pulmonaire et du bon état général.

M. H. *Wood* (de Philadelphie) étudie d'une manière générale l'anesthésie en rapprochant des faits cliniques les résultats fournis par l'expérimentation. De toutes les substances qui ont été proposées pour produire l'anesthésie, il n'y en a guère que trois qui soient restés d'un usage courant : le protoxyde d'azote, l'éther et le chloroforme.

Le protoxyde d'azote agit par asphyxie en empêchant l'oxygène d'arriver aux centres nerveux dont il doit entretenir les fonctions ; mais au cours de cette asphyxie spéciale, il ne se fait aucune accumulation d'acide carbonique dans le sang. En Amérique cet anesthésique est employé dans les trois quarts des cas et cependant il n'a déterminé que trois fois la mort. Malgré la sécurité qu'il donne, il faut éviter de l'employer chez les athéromateux. D'ailleurs, malgré ses avantages, malgré la facilité avec laquelle la respiration artificielle rappelle le malade à la vie, si la dose est trop forte, on ne peut employer cet agent dans tous les actes chirurgicaux, parce que son action n'a qu'une durée fort courte.

C'est donc à l'éther ou au chloroforme qu'il faut avoir recours pour les opérations de quelque durée, bien que chacun de ces anesthésiques présente malgré tout quelque danger de mort. L'action du chloroforme est à la fois plus prompte, plus profonde et plus persistante que celle de l'éther. Il peut arrêter en premier lieu soit la circulation, soit la respiration, soit, ce qui est le plus fréquent, ces deux fonctions à la fois.

L'éther agit de préférence sur la respiration ; mais il peut aussi déterminer l'arrêt primitif du cœur, quand celui-ci est affaibli. La mortalité par le chloroforme, quatre ou cinq fois plus grande que par l'éther, tient peut-être en partie à sa volatilité moindre ; c'est ce qui expliquerait pourquoi il semble causer moins d'accidents dans les pays chauds qu'ailleurs.

D'après Wood, si l'éther n'est pas plus employé, c'est qu'on ne sait pas s'en servir ; on étouffe le malade, on l'asphyxie inconsciemment par les compresses. Wood recommande l'appareil du docteur Allis, qui a pour principe de mélanger l'éther à une grande quantité d'air et à l'aide duquel on peut obtenir l'anesthésie en moyenne au bout de 8 minutes.

Voici la conduite que préconise Wood contre les accidents dus aux anesthésiques : 1° en fait de médicament, se borner à la strychnine, à la digitale et, faute de mieux, à l'ammoniaque. Eviter de faire prendre de l'alcool aux malades que l'on doit chloroformiser ; 2° Faire une injection sous-cutanée préventive de digitale, surtout quand le malade est atteint d'une affection cardiaque et que l'on a lieu de redouter l'affaiblissement du cœur ; 3° Amener la langue à l'extérieur à l'aide d'une pince et soulever les angles du maxillaire, pour que la langue n'oppose aucun obstacle mécanique à la respiration ; 4° A la première menace, étendre horizontalement le malade et le maintenir ainsi quelques instants ; 5° S'il ne revient pas *aussitôt* à la vie, pratiquer sans tarder la respiration artificielle ; en même temps, on peut exciter la peau à l'aide de la chaleur et du pinceau électrique.

M. *Billroth* a pratiqué en 10 ans 120 opérations sur l'estomac comprenant des pylorectomies et des gastro-entérostomies. Pour la pylorectomie, la durée de l'opération a été en moyenne de une heure et quart à une heure et demie, la portion réséquée en moyenne de 4 centimètres ; parmi celles qui ont été pratiquées pour cancer il y a 12 guérisons et 15 morts ; parmi les guéris, les récidives ont entraîné la mort au bout de 5 mois, 7 mois, un an et demi, 2 ans et 2 ans un quart. Plusieurs malades vivent encore, dont l'une depuis un an et demi.

28 cas de gastro-entérostomie pour cancer du pylore ont été opérés et ont donné lieu à 14 morts et 14 guérisons. Les survies ont été de 1 à 14 mois.

28 résections du cœcum pour cancer ou fistules ont donné 12 guérisons. Huit résections du côlon ont donné 4 guérisons et 4 morts. Sept résections du cœcum ont été faites sans aucune mort opératoire. Dans deux cas seulement la réunion par première intention de la suture intestinale a été obtenue complète ; dans les autres cas la partie postérieure de la suture a cédé et il s'est formé un anus artificiel. La résection la plus difficile est celle de l'extrémité inférieure de l'S iliaque ; Billroth l'a faite deux fois ; l'un des malades est mort immédiatement après l'opération de collapsus, l'autre a vécu 5 jours.

VI. — De l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie.

Deux importantes communications ont été faites sur ce sujet, l'une par *Lister* au Congrès de Berlin, l'autre par *Terrier* à Limoges.

Le chirurgien anglais a traité de *l'état actuel* du traitement antiseptique des plaies : depuis dix ans non seulement nous avons acquis de nombreuses connaissances sur la nature et les propriétés des microbes qui envahissent notre organisme, mais encore une nouvelle et vive lumière a été jetée sur les moyens à l'aide desquels cet organisme se défend lui-même contre leurs attaques. La théorie de la phagocytose explique toute une série de choses restées jusqu'ici mystérieuses. Lister rapporte une expérience qui met en évidence

le puissant rôle antibactérien que peut jouer dans le corps le sang coagulé.

En chirurgie abdominale, il faut éviter l'application directe de substances antiseptiques énergiques et irritantes sur le péritoine : il faut se garantir d'une façon absolue contre la présence des micro-organismes sur les mains et sur les instruments par des moyens antiseptiques : on a ainsi une sécurité plus complète que par la propreté la plus grande possible, au sens habituel du mot. S'il est utile de laver le péritoine, il est préférable de le débarrasser de tous les organismes vivants, lorsqu'on peut le faire sans irriter les tissus. Il faut faire bouillir l'eau dont on se sert ou mieux employer une solution de sublimé à 1 pour 10.000 qui ne peut causer aucune irritation et aucune intoxication mercurielle.

En chirurgie générale on peut employer des solutions antiseptiques plus fortes sans avoir les mêmes craintes que pour la chirurgie abdominale. Lister lave les plaies après l'hémostase avec une solution forte de sublimé (1 p. 500) et l'arrose pendant les sutures avec une solution faible (1 p. 4.000). Il y a quelques exceptions : ainsi, pour ouvrir une articulation saine, (suture d'une fracture transversale de rotule), Lister ne fait pas de lavage ; pendant toute l'opération il fait une irrigation avec la solution faible à 1 p. 4.000.

Lister a abandonné le spray et l'a remplacé non seulement par des lavages et des irrigations antiseptiques, mais encore par le soin avec lequel il recouvre le voisinage du champ opératoire de linges trempés dans des solutions antiseptiques.

Pour les surfaces sectionnées le mieux est de se servir d'éponges trempées dans le sublimé à 1 pour 10.000 et exprimées ensuite ; grâce à l'abandon du spray et à la substitution à l'acide phénique du sublimé plus actif et plus irritant, la sécrétion séreuse est diminuée et par suite le drainage est moins nécessaire qu'autrefois. Quant au pansement, il doit être fait de telle façon que tout développement de micro-organisme devienne impossible : les substances chimiques antiseptiques atteignent seules ce but. Lister se sert avec grand avantage d'un cyanure double de zinc et de mercure.

Terrier pense qu'il faut surtout diriger ses efforts du côté de l'asepsie : sans doute, chez les sujets infectés, ceux qui présentent des tumeurs ulcérées, l'antisepsie est absolument nécessaire, mais chez les sujets non infectés, ceux que l'on opère par exemple pour une tumeur abdominale, l'asepsie suffit, c'est-à-dire qu'on peut ne pas employer de substance antiseptique proprement dite pendant l'opération. Voici comment procède Terrier : avant l'opération, il fait agir un pulvérisateur chargé d'eau stérilisée dans la salle pour abattre les poussières. Le lavage des mains du chirurgien, des aides, du champ opératoire est fait au sublimé ; les instruments sont stérilisés et trempés dans une solution de sublimé ; Terrier se sert d'éponges préparées antiseptiquement suivant la méthode qu'il a indiquée. Il emploie comme fil à ligature la soie tressée antiseptique préparée dans une solution de bichlorure au millième.

Les instruments sont stérilisés dans l'étuve sèche de Poupinel, sauf les instruments tranchants qui sont bouillis dans de l'eau stérilisée. Les compresses sont stérilisées dans l'autoclave à 120°. Comme pansement, le chirurgien de Bichat emploie l'ouate stérilisée, non antiseptique, préparée à l'étuve suivant la méthode de M. Quenu : une simple couche suffit pour une ovariotomie. On fait également stériliser les blouses, serviettes, tabliers dont l'opérateur et les élèves se servent pendant les opérations.

CONGRÈS DE BERLIN

(Suite).

Le strabisme névropathique.

M. *Valude* (de Paris). — L'existence du strabisme comme tare de dégénération est aujourd'hui bien établie et ce signe peut être classé parmi l'un des plus sûrs stigmates de l'hérédité névropathique. Ce strabisme, qui peut être considéré comme une tare dégénératrice, est fixe, congénital, comme il est chez les mêmes sujets dégénérés, le pied-bot ou telle autre malformation physique.

Mais ce n'est point de ce genre de strabisme qu'il s'agit ici. Il est, croyons-nous, un autre strabisme, d'origine névropathique, héréditaire souvent, qui se produit dans les premières années de la vie, dans les mêmes circonstances, et avec les mêmes caractères que le strabisme amétropique simple de Donders.

Borel, dans un travail très documenté et approfondi, a étudié les rapports du strabisme avec l'hystérie, et on pourrait penser que tous les cas de strabismes survenus chez des nerveux et même chez de véritables hystériques, devraient rentrer avec plus ou moins de facilité dans les cadres établis par cet auteur. Nous ne le pensons pas. Borel a établi dans son étude, en effet, le strabisme hystérique spastique, c'est-à-dire un ensemble des spasmes oculaires qui accompagnent les autres signes de la névrose, comme dans une maladie quelconque un symptôme en suit un autre. Le strabisme est ici un symptôme convulsif de l'hystérie, au même titre que la toux hystérique ou que les convulsions des membres. Nous pensons que la névropathie, pour employer une expression générale, peut donner lieu à d'autres phénomènes.

En effet, le strabisme spastique hystérique étudié par Borel est un phénomène passager, transitoire, bien que sa durée soit plus ou moins longue ; en tout cas, le strabisme ne se prolonge pas plus que les autres accidents nerveux symptomatiques de l'attaque hystérique. Le strabisme que nous envisageons ici, au contraire, par sa durée de toute la vie souvent, par ses allures, se rapproche davantage du strabisme amétropique simple pour s'éloigner de la forme précédente.

Ce strabisme névropathique relèverait à la fois de l'amétropie (cause prédisposante) et de la névropathie qui, la plupart du temps, interviendrait comme cause occasionnelle et déterminante.

En résumé :

Le strabisme vrai, dit concomitant, n'est pas dû à la seule amétropie et la règle posée par Donders ne saurait s'appliquer à tous les cas, peut-être même pas au plus grand nombre ; la névropathie constitue un facteur important, quelquefois prépondérant, dans la production de la déviation.

Il est bien des strabismes amétropiques simples

où l'amétropie est seule en cause. Il est aussi des strabismes névropathiques purs, où les malades sont amétropes et chez lesquels la névropathie est l'unique origine de la déviation oculaire. Mais il est encore une classe de strabiques, et la plus nombreuse, dans laquelle l'influence de l'amétropie et celle de la névropathie se combinent.

Chacun de ces états particuliers doit être reconnu, car ils comportent un traitement spécial pour chacun d'eux.

Le strabisme amétropique pur est, on le sait, justiciable de l'opération et de la correction optique ; la correction optique seule peut aussi le faire disparaître s'il est alternant et surtout intermittent.

Mais quand à l'amétropie se joint la névropathie comme cause du strabisme, il faut ajouter au traitement opératoire ou optique, souvent aux deux réunis, une médication générale appropriée.

Dans certains cas de strabisme névropathique pur, le traitement spécial de la névropathie pourra suffire.

Lors de récidives survenues quelque temps après une correction opératoire et optique heureusement obtenue d'abord, nous avons toujours relevé l'influence d'un état général nerveux. Il importe donc de ne pas méconnaître l'existence de la névropathie qui peut changer d'une telle façon le pronostic de l'opération. Il est connu en effet que, chez l'adulte surtout, l'action des états nerveux, névropathiques, même les plus simples, est difficile à combattre efficacement.

La névropathie, telle que nous l'entendons ici, n'est pas nécessairement cet état avancé de dégénération nerveuse qu'offrent les épileptiques, les hystériques, les dégénérés nerveux proprement dits. Le nervosisme souvent banal des parents, lequel se transmet aux enfants et peut se manifester chez eux sous forme de convulsions passagères, d'accidents nerveux minimes et même souvent oubliés, tellement peu importants ils ont semblé, est parfaitement capable d'engendrer cet état névropathique susceptible de conduire au strabisme.

La névropathie ainsi constituée, ou même exagérée, ainsi qu'on le voit chez les hystériques vraies, provoque d'autant plus facilement la formation du strabisme qu'il existe en même temps de l'amétropie.

Dans ces cas, qui sont les plus fréquents, l'amétropie est la cause *prédisposante* et la névropathie la cause *occasionnelle* du strabisme.

(*A suivre.*)

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE DE ROUEN

(*Suite*).

De la folie traumatique.

M. *Dubuisson*. — Depuis une douzaine d'années, j'ai recueilli un assez grand nombre de cas d'aliénation mentale consécutive à un traumatisme cérébral.

Voici les particularités principales qui me paraissent découler de ces observations :

Les douleurs de tête localisées au point contusionné, les troubles de la mémoire sont des signes qui, après une chute, doivent faire craindre des complications mentales.

L'amnésie traumatique est limitée à une période variable et s'étend à tous les faits de cette période ; elle peut être passagère ou durable, elle peut même se renouveler à différentes époques.

La paralysie générale et la manie sont les formes d'aliénation les plus fréquentes à la suite des traumatismes.

Pour établir sûrement une relation de cause à effet entre le traumatisme et la folie, il me paraît nécessaire que des symptômes cérébraux se soient produits au moment de l'accident et que, dans l'intervalle qui sépare la chute ou le coup de l'aliénation confirmée, il y ait eu une modification dans l'état mental du malade, ou un symptôme physique comme la céphalalgie, des troubles de la motilité ou de la sensibilité des organes des sens.

Il faut encore qu'il n'existe pas d'autre cause morbide pouvant produire à elle seule l'aliénation, comme l'alcoolisme ou l'hérédité par exemple.

La question de l'hérédité pour les descendants ne peut être soulevée que pour la période qui a précédé l'accident : les enfants nés après un traumatisme cérébral grave peuvent hériter d'une tare névropathique.

Pour éviter le développement de complications cérébrales à la suite des traumatismes craniens, on devra avoir recours de préférence aux antiphlogistiques et aux émissions sanguines, puis ensuite aux révulsifs.

En présence d'enfoncement ou de déplacement des os, il faudra intervenir chirurgicalement et le plus promptement possible, avant la désorganisation du tissu nerveux.

Enfin, on doit recommander une hygiène spécialement réglée pour la suppression de tout ce qui peut amener la congestion du cerveau.

(*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

De l'attitude et du rôle professionnel des syndicats médicaux

Par le Dr Lardier, de Rambervillers.

(*Suite*).

Le rôle des syndicats médicaux étant bien défini, le cercle de leur action bien délimité, nous devons nous demander quelle sera l'attitude de ces Associations. Nous nous inspirerons, dans ce cas, des mêmes règles que celles que nous avons formulées tout à l'heure. Il faut que nous ayons mutuellement confiance les uns dans les autres, il faut que nous ayons aussi les uns pour les autres une estime réciproque. Point d'indignes, point de tarés parmi nous. C'est précisément en se montrant d'une extrême rigueur, d'une absolue sévérité sur ce point que nous imposerons le respect aux individus et aux collectivités, qui prévoyant, et craignant peut-être la force dont nous disposerions si nous étions solidement organisés, ont essayé de nous amoindrir en cherchant à nous faire passer pour une Association commer-

ciale ou ont tenté de nous couvrir de ridicule en nous décochant des plaisanteries d'un goût douteux ou des calembours enfantins. Méprisons toutes ces petites misères ; restons sincèrement épris du juste et du bien. Nous voulons que la société soit juste, même pour nous, nous le voulons et nous mettrons à atteindre ce but toute la persévérance et la ténacité qui seront nécessaires.

Je ne sais, Messieurs, si je me fais illusion, mais il me semble que depuis quelques années l'Etat cherche lui-même à détourner à son profit le courant des forces médicales. Plus nous allons, plus le médecin se double, inconsciemment peut-être, mais sûrement, d'un fonctionnaire. Nous sommes presque tous, peu ou prou, inspecteurs du 1er âge, membres d'un conseil d'hygiène, inspecteurs des écoles, etc.. Nous tenons à l'Etat par une fonction ou par une autre. Prenons-y garde. La liberté médicale, l'indépendance professionnelle, dont nos devanciers étaient, et à juste titre, si fiers, est entamée. Nous en avons eu la preuve récemment.

Nous avons eu beau nous en défendre. *Les inspecteurs du 1er âge sont des fonctionnaires nommés par le préfet, ils peuvent du jour au lendemain être révoqués par lui.* Demain, dans bien des départements, qui auront préféré pour l'assistance des indigents malades, le système cantonal à l'organisation vosgienne, on aura mis un anneau de plus à la chaîne qui, aujourd'hui, lie le médecin à l'administration. Oui, prenons-y garde, le jour où nous nous apercevrons que ce joug est trop lourd à porter, il nous sera peut-être difficile de le jeter à bas. Aussi dès à présent devons-nous nous efforcer de sauver ce qui peut nous rester encore de notre indépendance professionnelle. Un certain nombre d'entre nous ont donc des attaches administratives. Nous devons dès lors nous demander quelle sera, dans les Vosges, comme ailleurs, ou plutôt quelle devra être l'attitude des syndicats médicaux vis-à-vis des pouvoirs publics, c'est-à-dire de l'administration départementale, préfectorale.

Collectivement, nous devons avoir la plus grande déférence pour le représentant du pouvoir dans notre département. Cela ne saurait être discuté. L'autorité administrative a été obligée,— obligée, le mot est exact — pour des motifs politiques, de faire sentir, un peu durement peut-être, à l'un ou à l'autre d'entre nous, que nous étions, pour une petite part, des agents dépendants et révocables. Nous n'avons rien pu contre ces exigences exclusivement politiques. Mais ces événements récents nous ont démontré que nous devrons faire tous nos efforts pour dégager la responsabilité médicale. *Le médecin public devrait être indépendant, même au point de vue politique.* Est-il donc nécessaire pour inspecter une école, pour donner des sages conseils à une nourrice, d'être un fonctionnaire ? Nous ne le pensons pas. Il y a là tout un programme, que nous étudierons un jour ou l'autre.

Quoi qu'il en soit, et pour ce qui nous regarde personnellement, nous devons être très désireux de voir le bon accord régner entre l'Administration et l'Association syndicale. Car le bon accord est d'autant plus nécessaire que les questions d'hygiène et d'assistance prennent une place de plus en plus grande dans les préoccupations administratives et que dans ce domaine aucun progrès n'est possible sans notre concours. Ce concours nous le donnerons le plus loyalement du monde et avec d'autant plus d'empressement que, désireux de voir se réaliser toutes ces réformes, nous savons pertinemment qu'on ne peut aboutir soit en hygiène, soit dans l'œuvre de l'assistance publique, sans l'appui de l'administration. Ces deux actions se complètent l'une l'autre.

Incontestablement il nous répugne, à nous qui tenons à notre indépendance professionnelle, de devenir des fonctionnaires. Les efforts des syndicats médicaux doivent donc tendre à rompre et à relâcher, autant que faire se pourra, les liens qui mettent les médecins sous la dépendance administrative. Certes, il est de notre devoir de conserver vis-à-vis de l'administration une attitude digne, ni servile, ni hostile, et quand ce ne serait que dans l'espoir d'obtenir la réalisation de réformes utiles, nous chercherons à faciliter la tâche de l'administration.

Nous n'avons, en tant que collectivité, aucune préoccupation, aucune préférence politique. La discussion des questions qui touchent à ce sujet nous est même interdite. Comme particuliers, il est prouvé par les faits que ceux d'entre nous qui ont des fonctions publiques, qui tiennent à ces fonctions, sont obligés à la plus grande réserve. Une affaire récente nous a clairement démontré qu'on ne saurait être en même temps un agent de l'Etat et prendre publiquement une attitude hostile au Gouvernement.

S'ils veulent entrer dans l'arène politique, ces confrères feront donc bien de résilier au préalable ces fonctions publiques. Ils seraient susceptibles d'être brisés. C'est précisément pour cela et parce que j'estime que l'on peut remplir très dignement et très scrupuleusement les fonctions de médecin public, tout en conservant son indépendance politique, que je crois que les efforts des Associations syndicales doivent tendre à restreindre de plus en plus les attributions du médecin fonctionnaire.

Au moment où la loi sur la Revision de la législation médicale est à l'ordre du jour, au moment où les syndicats médicaux vont acquérir leur droit de cité, il n'était pas mauvais, je pense, de dire à nouveau ce que sont ou ce que veulent être les syndicats médicaux, de bien définir le rôle qu'ils doivent jouer, l'attitude qu'ils doivent avoir, aussi bien vis-à-vis de la société et des autres Associations qu'en face des pouvoirs.

Où voulons-nous aller ? Nous le savons à cette heure. *A la fin de ce siècle, nous voulons que le médecin, comme les autres, puisse vivre librement et dignement de son travail ; nous ne voulons pas que les besoins de l'existence le forcent à aliéner cette liberté que nos prédécesseurs nous ont léguée, et qui n'est déjà plus ce qu'elle était.* Il faut bien qu'on le dise et qu'on le sache : Nous n'irons pas plus loin dans cette voie.

P. Lardier.

Nous nous associons aux conclusions de M. le Dr *Lardier.* L'expérience lui a prouvé qu'il est des nécessités auxquelles l'Administration ne peut se soustraire et qu'il faut en conséquence que les *Syndicats* recherchent le *modus vivendi* qui permettra aux médecins de prendre part à l'organisation de *l'Assistance publique* sans aliéner une indépendance indispensable à leur mission.

REPORTAGE MÉDICAL

Honoraires médicaux pour soins donnés aux enfants. — D'un jugement de la 7e chambre du tribunal civil de la Seine, il résulte que les parents d'un enfant, même majeur, sont tenus de payer les honoraires médicaux pour soins donnés à l'enfant, même s'il a un domicile séparé et si les parents ont renoncé à la succession.

La dette alimentaire spécifiée par l'article 205 du code civil doit comprendre non seulement les aliments, les vêtements, le logement, etc..... mais encore *les dépenses à faire en cas de maladie.*

Les certificats de revaccination. — Le ministre des finances a décidé que, du moment où l'arrêté prescrivant la revaccination dans les écoles présente le caractère d'un acte de police générale, les certificats destinés à permettre à l'administration de surveiller l'accomplissement des dispositions dudit arrêté peuvent bénéficier de l'exonération prévue par l'article 16 de la loi du 13 brumaire an VII. Tout certificat sur papier libre devra porter la formule suivante : *Délivré en exécution de l'article 2 du règlement scolaire des écoles primaires.*

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine.

Le bichlorhydrate est le plus soluble des sels de quinine ; il est aussi riche en alcaloïde que le monochlorhydrate ; ses solutions dans l'eau distillée se conservent sans altération ; elles peuvent être employées sans aucune précaution préalable, et sont assez chargées pour permettre d'injecter, dans le contenu d'une seringue de Pravaz, de 50 à 75 centigrammes de sel actif. On n'a donc pas besoin de multiplier les injections, qui ne déterminent, du reste, qu'une douleur insignifiante, et ne donnent lieu à aucun accident, ni local, ni général.

Des solutions de bichlorhydrate de quinine sont donc incontestablement supérieures à toutes les autres, et nous ne comprenons même pas que leurs avantages n'aient pas été reconnus par tous ceux qui veulent administrer la quinine par la voie sous-cutanée. Ceux de nos maîtres et de nos collègues qui ont eu recours à notre solution ont été émerveillés des résultats qu'ils ont obtenus ; nous citerons, en particulier, les professeurs G. Sée, Laboulbène et Grancher ; les docteurs Letulle et Chantemesse, médecins des hôpitaux.

Pour éviter toute recherche à ceux de nos confrères qui jugeraient, à propos de l'essayer, nous rappelons que la solution dont nous faisons habituellement usage, doit être formulée :

Bichlorhydrate de quinine . . 5 grammes.
Eau distillée . . . . Q. S. pour faire 10 cent. cubes.

(1 centimètre cube représente exactement 50 centigrammes de bichlorhydrate.)

A défaut de bichlorhydrate solide, les pharmaciens peuvent utiliser le chlorhydrate basique du commerce, et préparer, en quelques minutes, une solution identique à la précédente en opérant comme il suit : Étendre avec de l'eau distillée une certaine quantité d'acide chlorhydrique pur, jusqu'à ce que la liqueur donne au pèse-urine une densité de 1,045 à + 15 degrés. Introduire dans une petite éprouvette graduée 5 grammes de chlorhydrate basique de quinine ; ajouter 5 centimètres cubes de la solution acide précédente ; compléter avec de l'eau distillée pour faire 10 centimètres cubes, et filtrer.

Cette solution peut être faite à l'avance, car elle se conserve bien ; elle est très acide au tournesol, mais *non caustique* ; elle ne renferme pas d'acide chlorhydrique libre, les quantités mentionnées plus haut ayant été calculées pour transformer intégralement le chlorhydrate basique en bichlorhydrate chimiquement neutre.

Drs DE BEURMANN et VILLEJEAN.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Sommaire de la treizième livraison des Sciences biologiques. — La Gymnastique, ses applications à l'hygiène et à la médecine, par E. Egasse (*suite*). Histoire chimique de la cévadille et des varaires, par M. G. Meillère ; Les Mœurs familiales des Hyménoptères, par M. le Dr Paul Girod ; Les Funérailles ; La Crémation, par M. le Dr Henri Labonne. Prix de la livraison 1 fr. 25. Il suffit d'envoyer un mandat de 15 fr. pour recevoir toutes les livraisons parues.

Les Sciences Biologiques : *Médecine, Hygiène, Anthropologie, Sciences naturelles,* etc., publiées sous la direction de MM. Charcot, Léon Colin, V. Cornil, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Marey, Mathias-Duval, Planchon, Topinard, Trélat, formeront l'ouvrage le plus complet sur les progrès de ces sciences au 19e siècle.

Congrès international des œuvres et institutions féminines. Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, un fort volume in-8° de 530 pages. Prix : 10 francs.

La Société d'Editions scientifiques vient de publier, en un fort volume, le compte rendu in extenso du *Congrès international des œuvres et institutions féminines.* Les quatre sections suivantes avaient été constituées par le comité d'organisation.

Section I. *Philanthropie et morale* ; Enfance, vieillesse, indigence, hôpitaux, prisons, protection, assistance aux blessés, action en faveur de la Paix, tempérance, épargne, prévoyance. — Section II. *Pédagogie* : Le rôle de la femme dans les écoles maternelles, primaires, secondaires et professionnelles. — Section III. *Arts, Sciences et lettres.* — Section IV. *Législation civile* ; La mineure, l'épouse, la mère, la femme commerçante. — De très intéressants rapports ont été présentés sur ces questions et les discussions qui se sont engagées à ce sujet ont été fécondes en aperçus humanitaires, en documents substantiels. — Tous ceux qui s'intéressent à cette grande question, de l'éducation de la femme, consulteront avec fruit et, nous oserons dire, avec plaisir le compte rendu magnifiquement édité de ce remarquable Congrès.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 37 13 Septembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

MÉDECINE MILITAIRE

Les treize jours d'un médecin de la territoriale

Ceux de nos confrères, qui, pourvus d'un emploi médical dans la réserve ou la territoriale, n'ont pas encore fait leurs périodes d'instruction de 28 ou 13 jours, ne seront peut-être pas fâchés d'être renseignés sur les conditions dans lesquelles ils auront à accomplir ce service ; je puis les éclairer moi-même sur ce point et le récit de mes impressions personnelles expliquera à nos lecteurs mon silence de trois semaines.

A la fin du mois dernier, nous nous trouvions une vingtaine de médecins à un et trois galons réunis à Belfort, et venus des points les plus différents pour répondre à la convocation du médecin inspecteur, directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

Aucun d'entre nous ne se doutait de ce que serait son rôle en temps de guerre ; quelques-uns pensaient qu'ils n'auraient pas grand'chose à apprendre et considéraient ce temps de séjour forcé sous les drapeaux comme un dérangement onéreux et dépourvu d'intérêt ; la plupart appréhendaient, au contraire, que la quantité des connaissances à acquérir en un si court espace n'obligeât les médecins de l'armée active chargés de notre instruction à nous rendre la vie dure pendant ce temps. Les uns et les autres ont dû convenir, en se séparant à la fin, qu'ils s'étaient trompés ; qu'ils avaient appris beaucoup de choses sans fatigue, avec plaisir, grâce au judicieux emploi du temps réglé par le directeur du service de santé, grâce aussi à la complaisance et à l'infatigable bonne volonté des médecins instructeurs.

Le premier jour où nous nous sommes rencontrés et où nous avons échangé nos impressions, il était curieux de voir les dissemblances des caractères d'après les différentes manières dont les uns et les autres s'étaient préparés à cette période de vie militaire.

D'abord il y en avait qui ne s'y s'étaient pas préparé du tout et qui arrivaient même incomplètement équipés, ayant seulement pantalon, dolman et képi, mais ayant oublié tout le reste de la tenue, même l'épée ; ou bien l'un avait une épée sans dragonne, un autre un vieux sabre de cavalerie ; un troisième, aide-major de 2e classe, portait une épée d'officier supérieur ; un autre, assimilé par son grade aux officiers montés, n'avait pas d'éperons. Plusieurs n'avaient ni caban, ni pèlerine, et n'ont pas tardé à s'apercevoir, sous des pluies incessantes, de la nécessité de cette partie du vêtement.

Les médecins militaires de l'active ne se montrent pas exigeants pour leurs collègues de la réserve au point de vue de la tenue, mais les officiers sont à juste titre plus difficiles. Il est donc bon de rappeler à nos confrères qu'un équipement complet doit comprendre, outre les vêtements et l'épée avec dragonne de cuir, une giberne en cuir rouge portée en sautoir, un étui à lorgnette porté également en bandoulière et un étui à revolver ; comme il ne s'agit en réalité que de paraître correct sous les yeux des colonels ou généraux qui passent les revues, on peut porter ces deux étuis vides ; car des deux objets qu'ils sont destinés à contenir, l'arme est bien entendu inutile, et la lorgnette ne servira que rarement.

Il faut avoir soit des bottes, soit des houseaux en cuir qui sont admis par le règlement ; car il est indispensable de monter à cheval. Au moment où chacun de nous, après son doctorat, a reçu sa lettre de commission, on lui a demandé s'il savait ou non monter à cheval, et ceux qui ont répondu négativement se sont rassurés en constatant qu'on les avait affectés à un corps d'infanterie ou à un hôpital. Mais dans la réalité l'équitation est indispensable. Il est impossible à un médecin de suivre à pied son régiment ; il ne peut davantage diriger à pied l'installation d'une ambulance ou d'un hôpital de campagne. D'ailleurs l'autorité militaire en juge ainsi ; car pendant la période d'instruction, elle exige une leçon d'équitation d'une heure chaque matin ; si peu de jours ne

suffisent pas à faire un cavalier, cependant, grâce au talent de démonstration et à la patience d'un officier de hussards chargé de notre instruction hippique, plusieurs d'entre nous, qui n'avaient jamais monté à cheval, étaient au bout de 12 jours en état de se tenir sur des chevaux doux et de suivre à cheval les manœuvres des corps auxquels ils étaient attachés.

Pendant la période d'instruction il n'est tenu aucun compte des indications portées sur l'ordre de mobilisation que chaque médecin de réserve ou de territoriale a reçu avec sa lettre de commission.

Tel qui en temps de guerre doit être affecté à un hôpital de campagne ou à un hôpital d'évacuation, a été attaché pour sa période d'instruction à un régiment d'infanterie, de cavalerie ou d'artillerie ; cette mesure a pour but de nous initier au service pratique des infirmeries régimentaires, très différent du service dans les hôpitaux.

Elle a pour effet également de nous mettre en contact direct et quotidien avec le commandement. Or beaucoup d'entre nous, habitués à l'indépendance de la vie civile et enclins par caractère professionnel à ne pas se soucier beaucoup des formalités et des règlements, se trouveront bien d'apprendre au contact des officiers la nécessité de se plier à la discipline et d'observer les plus minimes dispositions réglementaires. L'esprit militaire, dont nous sommes presque tous si éloignés, consiste à exécuter strictement et littéralement les règlements sans jamais les interpréter ; quand on a étudié un peu attentivement le jeu de ces innombrables rouages qui constituent cette machine si compliquée, l'armée, on demeure convaincu que rien ne pourrait marcher si le fonctionnement de quelques-uns d'entre eux, même les plus petits, comportait la moindre irrégularité, si dans l'exécution des prescriptions la moindre place était laissée au caprice ou à la fantaisie.

Voici comment l'emploi du temps avait été réglé pour notre instruction pendant une semaine : Ceux d'entre nous qui avaient eu la précaution de lire le très consciencieux ouvrage récemment publié par le Dr Bouloumié ont pu constater qu'il contient toutes les notions indispensables, mais que sa lecture ne saurait remplacer le commentaire verbal donné par les médecins militaires instructeurs avec les objets et surtout les registres et pièces administratives sous les yeux, et que la répétition pratique de certains exercices est indispensable.

Programme de l'instruction technique à donner aux médecins de réserve convoqués en 1890 dans la place de Belfort.

1er jour. — Arrivée. — Visites. [Ces visites doivent être faites en uniforme au chef militaire le plus élevé en grade, général, gouverneur, colonel, et aux médecins instructeurs, médecin-chef de l'hôpital, etc. Le plus souvent le dépôt d'une carte suffit.]

2e jour. — A partir de ce jour, toutes les matinées seront consacrées à l'Instruction théorique et pratique par les Médecins chefs de service, à l'hôpital ou dans les corps auxquels les médecins convoqués sont attachés pour ordre.

Après-midi. (Conférence de 1 h. 30 à 5 heures.) — Organisation générale de l'armée : Recrutement, incorporation, aptitude physique, changement d'armes. Service de santé à l'intérieur : Visite médicale journalière, envois à l'infirmerie, à l'hôpital, etc..... Sorties de l'armée par réformes, retraite, mise en non activité, décès. — Certificats divers. — Casernements. — Etude pratique d'un casernement : chambres, cuisines, latrines, etc... Visite du casernement du 42e d'infanterie. — Arrêt à l'infirmerie, son fonctionnement, son matériel, rôle et devoirs d'un médecin chef de service.

3e jour. — Après-midi : (conférence à 1 h. 30). — Service de santé à l'intérieur. — Alimentation, habillement, couchage. — Maladies et épidémies, leur prophylaxie : Eau, purification de l'eau, filtres. — Maladies alimentaires : aliments suspects, caractères de ces aliments : pain, viande, morue, légumes, aliments conservés. — Désinfection des locaux et des vêtements : Etuves, vaporisateurs, etc... — Etudes du régime du soldat, alimentation variée : visite d'une cuisine à ce propos.

4e jour. — Après-midi (conférence à 1 h., exercice pratique à la suite). Service de santé à l'intérieur. Service dans les hôpitaux. — Entrée d'un malade à l'hôpital, opérations diverses depuis le moment de sa réception jusqu'à son entrée en salle. — Alimentation d'après le tarif du règlement du 25 novembre 1889. — Soins médicaux, prescriptions pharmaceutiques. — Sorties de l'hôpital. — Visite de l'hôpital militaire de Belfort.

5e jour. — Après-midi (conférence à 1 h., exercice pratique à 2 h. 30). Service de santé en campagne : service réglementaire en marche, en station, au feu. — Camps, feuillées. — Accidents de la marche : plaies, insolations, congélations, etc... — Eau, boissons, alimentation. — Matériel du service de santé, sa visite, chargement d'une voiture médicale régimentaire. Infirmiers et brancardiers. — Postes de secours. — Exercice pratique de relèvement des blessés sur le terrain. Moyens de transports (voitures à 4 roues du détachement du train, à 2 roues du 11e régiment de hussards).

6e jour. — Après-midi (conférence à 1 h. 30, exercice pratique). Service de santé en campagne : Service de l'avant. — Ambulances. — Hôpitaux de campagne. — Hôpitaux à destination spéciale. — Hôpital d'évacuation. — Visite du matériel de la place de Belfort : Ambulance n° 3, hôpital de 250 lits, infirmerie de fort, etc...

7e jour. — Après-midi (conférence à 1 h. et exercice pratique). — Service de santé en campagne : service de l'arrière : hôpital d'évacuation. — Evacuations en général (voie de terre, voie d'eau, voie de fer), trains permanents, trains improvisés. — Infirmeries de gare. — Service du territoire et des places de guerre ; sièges. — Convention de Genève. — Sociétés de secours aux blessés. Exercice d'embarquement en chemin de fer avec un wagon aménagé au moyen des appareils Bry.

Au bout du 4e jour, il y aura permutation entre 4 ou 8 médecins attachés au corps de troupe et les médecins de l'hôpital pour le service du matin.

Afin de donner aux médecins convoqués cette instruction technique, tant dans les corps de troupe qu'à l'hôpital, ont été désignés les médecins militaires dont les noms suivent :

M. Lévy, médecin principal de 1re classe, chef de l'hôpital militaire de Belfort.

M. Testevin, médecin-major de 1re classe au 42e régiment d'infanterie.

MM. Bercher et Arnold, médecins-majors de 2e classe au 35e régiment d'infanterie.

Le Directeur du Service de Santé du 7e Corps.
Signé : Weber.

Ce programme, à la fois si vaste et si bien résumé, a été suivi de point en point tel que l'avait arrêté M. Weber ; ce médecin, hautement apprécié dans la direction du 7e corps, avait été délégué par le ministère de la guerre au Congrès de Berlin ; il vient d'être appelé à la direction de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Les médecins qu'il avait choisis pour nous instruire se sont acquittés de cette tâche avec un soin extrême et nous sommes heureux de remercier particulièrement MM. Testevin, Arnold et Bercher qui nous faisaient les conférences de l'après-midi. Chacun de nous a trouvé le même empressement auprès du médecin régimentaire auquel il était attaché dans la matinée, et je dois personnellement un témoignage de gratitude et de sympathie au Dr Loillier, médecin du 9e bataillon d'artillerie de forteresse.

Je n'entrerai pas dans le détail des notions qui nous ont été fournies pendant nos visites dans les casernements, dans les infirmeries régimentaires, dans les forts et à l'hôpital et je me bornerai à signaler certains points dignes d'attention.

En première ligne on ne peut pas ne pas être frappé par les progrès considérables réalisés dans l'hygiène du soldat grâce au zèle persistant qu'ont mis les médecins militaires dans leurs réclamations auprès du commandement ; les améliorations dans la nourriture sont particulièrement remarquables, ceux qui ont fait leur volontariat il y a quelques années en ont porté témoignage d'une manière unanime.

La nécessité de varier l'alimentation a surtout préoccupé les médecins ; aujourd'hui le soldat mange, outre le café du matin, deux fois par jour de la viande et des légumes ; à un des repas la viande est fraîche et d'une excellente qualité ; à l'autre c'est de la viande de conserve afin d'utiliser les approvisionnements immenses des magasins en les renouvelant ; la viande est très souvent rôtie au four ; la nécessité de consommer en temps de paix le biscuit, généralement peu aimé du soldat, mais utile en temps de guerre, a suggéré plusieurs moyens ingénieux de l'accommoder : avec de la graisse et du fromage, sous le nom de *soupe tôt faite*, le général Négrier, commandant du 7e corps a imaginé une préparation qui est très appréciée des soldats. D'ailleurs on m'a cité plusieurs traits qui indiquent de la part de ce chef de corps un souci extrême de l'hygiène du soldat. Il a supprimé la fameuse planche à pain sur laquelle traînait de temps immémorial dans les chambrées le pain remis d'avance à chaque homme, en promiscuité avec le cirage, la graisse, et sous une couche épaisse de poussière. Désormais le pain est renfermé dans une armoire spéciale fermée.

(*A suivre*).

P. Le Gendre.

CONGRÈS DE BERLIN

(*Suite*).

L'origine et le traitement du diabète sucré.

M. *Pavy* (de Londres), *rapporteur*. — La déviation de l'état de santé résulte de la perte de sucre par l'urine.

Tandis que, chez le sujet sain, les aliments ingérés sont employés dans l'organisme, de façon à ne pas amener une perte de sucre, chez le sujet diabétique la nourriture passe en partie inemployée et se perd dans l'urine. Le défaut concerne les hydrates de carbone qui, au lieu d'être consommés et utilisés, restent à l'état d'hydrates de carbone et sont éliminés comme tels. En d'autres termes, par suite d'une assimilation défectueuse, ces principes n'arrivent pas à leur juste destination.

Aucune considération théorique ne peut aller contre ce fait.

Nous pouvons admettre, en outre, comme résultat de cette activité défectueuse, que les hydrates de carbone pénètrent, sous forme de sucre, dans la circulation générale à un degré pathologique également. Il est clair que le sucre excrété ne peut être formé par les reins. Tout ce qui apparaît dans l'urine a d'abord existé dans le sang qui irrigue ces organes, et l'osmose suffit pour expliquer cette sécrétion. Je pense qu'on peut admettre comme prouvé que l'urine normale contient une certaine quantité de sucre, faible, il est vrai ; et cela est d'accord avec l'état du sang à l'état normal.

Dans une série d'observations, j'ai précipité le sucre par l'acétate de plomb et l'ammoniaque, après avoir d'abord séparé l'acide urique par l'acétate de plomb seul. Je décomposais ensuite la combinaison de sucre et de plomb par l'hydrogène sulfuré et dosais le sucre en faisant bouillir avec le réactif cuprique, rassemblant le précipité d'oxyde de cuivre, et amenant, à l'aide du courant galvanique, le dépôt de cuivre sur un cylindre de platine. La quantité de sucre a varié entre 0,096 et 0.530 pour 1000 parties d'urine.

Quant à la constitution du sang au point de vue du sucre, elle peut être définie avec précision, par l'application des procédés d'analyse que nous possédons. On arrive facilement à extraire la totalité et à déterminer la quantité de sucre contenu dans un spécimen donné de sang. D'après un grand nombre d'observations, j'ai vu que le sucre, *dans le sang normal*, ne monte pas à plus de 0.5 à 0.8 0/00. J'ai gardé des notes sur sept cas d'analyse du sang, chez des diabétiques, et on peut constater une relation entre la quantité de sucre excrétée par l'urine et celle contenue dans le sang. Dans un cas, par exemple, où l'urine de vingt-quatre heures emportait 751 grammes de sucre, le sang en contenait 5.763 0/00; dans un cas moins grave, où l'urine de vingt-quatre heures contenait 27 grammes de sucre, le sang en avait 1.450 0/00. Il est donc permis de dire que la proportion de sucre dans l'urine est en rapport avec celle du sang. On devait s'y attendre, le sucre étant une substance diffusible.

Le sang, contenant une proportion un peu élevée de sucre, étant anormal, l'activité générale de l'organisme en entier doit s'en ressentir, et c'est

du degré de cette anomalie que dépendra la gravité des symptômes du diabète.

Nous ramenons donc les symptômes de cette maladie à la condition pathologique produite par la présence d'une proportion exagérée de sucre dans la circulation générale.

D'où vient cette anomalie ?

L'observation montre que la proportion de sucre dans le sang dépend de la quantité d'hydrates de carbone ingérés. On peut affirmer, sans faire de théorie et sans sortir des faits, que le mal vient de ce que l'organisme est impuissant à amener l'utilisation et la disparition des hydrates de carbone. Mais l'excès de sucre dans le sang est-il dû à ce que le sucre y arrive en excès ? ou bien devons-nous admettre comme normal que tout le sucre éliminé dans le diabète arrive dans la circulation générale, la faute consistant en ce qu'il n'y est pas détruit ensuite pour éviter l'accumulation ?

Mes expériences me permettent d'affirmer que le sucre présent dans le sang et éliminé dans le diabète doit être attribué au fait qu'il lui est rendu possible, contre la règle, de pénétrer dans la circulation générale. Ces vues cadrent parfaitement avec les symptômes observés dans le diabète.

A l'état de santé, les hydrates de carbone n'apparaissent pas dans l'urine, parce qu'ils ne peuvent pas traverser le foie et atteindre la circulation générale. Dans le diabète ils y arrivent sous forme de sucre, en proportion des quantités ingérées : le foie a perdu le pouvoir de les arrêter au passage.

Mes expériences ont prouvé que le sang de la veine porte, pris dans la période de la digestion et après l'ingestion d'aliments contenant des hydrates de carbone, contient un sensible excès de sucre vis-à-vis du sang de la circulation générale. Mais il faut se rappeler qu'en dosant le sucre avec le réactif cuprique ordinaire, on s'expose à des erreurs pour les raisons suivantes : le sucre se transforme dans le tube digestif tout au plus en maltose qui ne réduit le réactif en oxyde de cuivre que dans la proportion de 61 (si la glycose le réduit de 100) ; une bonne partie n'arrive même qu'à l'état de dextrine, dont la capacité réductive est encore plus réduite ; dans un de mes cas, elle n'était que de 21. Il faut donc, pour ces formes-là, les amener d'abord à l'état de glycose en portant à l'ébullition en présence d'acide sulfurique dilué.

La perte faite par l'organisme par le fait de la glycosurie contribue peu à la production des phénomènes observés dans cette maladie : si une proportion suffisante d'hydrate de carbone était employée pour les besoins de la vie, il ne résulterait de cette perte aucun préjudice sensible. Ce qui fait le mal, c'est l'altération de la constitution du sang occasionnée par son contenu en sucre.

Les cas auxquels s'appliquent ces remarques sont ceux dans lesquels l'excrétion du sucre peut être influencée par le traitement, et cette classe embrasse la majorité des cas où la maladie se déclare dans la période moyenne de la vie.

Si les processus chimiques dans le corps pouvaient être ramenés à la normale, et le sucre empêché d'arriver dans la circulation générale, la maladie serait vaincue. Mais il peut n'être pas possible de rétablir le pouvoir de transformation ou d'assimilation, pouvoir affaibli ou perdu, et alors la seule voie à suivre est de supprimer l'introduction dans l'organisme des principes alimentaires qui, étant donné l'impuissance de les transformer, restent inutiles, et deviennent même positivement nuisibles par leur passage dans le sang sous une forme anormale.

Tant que le passage du sucre à travers l'organisme est empêché, tout va bien. Dans tout le cours de mon expérience du diabète, je n'ai jamais vu arriver rien de grave pendant la période de la maladie où l'urine était maintenue libre de sucre. Tant, au contraire, que le sucre circule dans l'économie, non seulement on peut observer les symptômes qui en résultent à l'ordinaire, mais on reste dans un état constant d'insécurité, provenant du danger qu'on court de voir survenir des complications graves. Comme conséquence, l'état général s'affaiblit ou s'épuise prématurément, et l'organisme perd la faculté de résister aux influences pernicieuses.

Le contraste entre ces deux états, celui où on laisse librement le sucre circuler dans le sang, et celui où on l'en empêche, devient très apparent dans les cas où la maladie a suivi son cours pendant un certain temps sans être reconnue, et se trouve ensuite soumise au traitement diététique ; nous voyons alors la santé empirer graduellement, les symptômes s'aggraver ; tandis que, la maladie ayant été reconnue, si le cas est susceptible d'amélioration par le changement de régime, ce dernier seul suffira, non seulement à arrêter l'aggravation du mal, mais à rendre la santé et les forces au malade.

Il faut donc, en premier lieu, empêcher, au moyen du régime alimentaire, le passage du sucre à travers l'organisme. Mais le but à atteindre est de rétablir le pouvoir d'assimilation des éléments hydrocarbonés de la nourriture ; jusqu'à ce que ce but soit atteint, on ne pourra pas dire qu'il y ait guérison, mais seulement que la maladie est soumise et empêchée d'amener une issue fatale.

Le meilleur moyen d'arriver à ce rétablissement du pouvoir d'assimilation, c'est justement de maintenir un bon état général en gardant l'organisme libre du contact avec le sucre.

D'après mon expérience, l'opium et ses dérivés, codéine et morphine, sont les agents médicaux qui, mieux que tout autre, peuvent contribuer à la guérison de la maladie.

L'influence de ces agents peut être constatée dans un cas où l'excrétion du sucre a été abaissée jusqu'à un certain point, mais ne peut être supprimée complètement par le régime seul. Ces médicaments peuvent alors quelquefois amener sa disparition complète.

Quand des cas favorables, c'est-à-dire débutant après la période moyenne de la vie, sont traités par ces mesures combinées et que le traitement est suivi régulièrement et assez longtemps, il n'est pas rare que le malade devienne capable de supporter une certaine quantité d'aliments hydrocarbonés sans que cela ramène de la glycosurie. Le pouvoir d'assimilation peut ainsi se rétablir dans une notable proportion, mais il faut avoir soin de rester en dessous du point où l'excrétion du sucre se produit.

Je regarde comme absolument nécessaire le dosage *fréquent* du sucre dans les urines, non seulement pour régler le traitement d'après les progrès constatés, mais aussi pour garder un contrôle sur la manière dont le traitement est suivi.

En tout cas, il faut se souvenir qu'un point faible a existé et qu'il faut se garder d'abuser des résultats obtenus.

M. *Dujardin-Beaumetz* (de Paris), *co-rapporteur*. — Il n'est pas possible d'établir une distinction entre le diabète et la glycosurie, le diabète n'étant qu'un symptôme qui provient d'altérations de divers organes, dont les principaux sont le foie, le pancréas, le cerveau.

Le pronostic peut être indiqué assez rapidement, selon le succès qu'on obtient par l'application d'un régime sévèrement antidiabétique. C'est là qu'est le point essentiel ; la quantité de sucre rendu en vingt-quatre heures a beaucoup moins d'importance. Un malade peut éliminer 600 grammes de sucre par jour et ne souffrir que d'une forme relativement légère.

Ces formes légères se révèlent dans le fait qu'au bout de quinze jours de régime, le sucre disparaît de l'urine. On peut épargner à ces malades-là toutes les complications et les suites du diabète. Si, au contraire, la glycosurie persiste dans la même proportion, malgré le changement de régime, il s'agit d'une forme grave, à marche rapide, et dont on ne pourra guère enrayer la marche.

Entre ces deux formes, se trouve un troisième groupe comprenant les cas où le régime arrive bien à abaisser la quantité de sucre jusqu'à 10 ou 15 grammes, mais non pas à le faire disparaître complètement. Dans ces cas-là, il survient fréquemment, plus tard, des symptômes cérébraux. Ce sont les « petits diabétiques » de Bouchardat.

La guérison complète, si elle existe, est fort rare. Il reste toujours une prédisposition aux rechutes, quand le malade se relâche pour son régime.

Il y a en outre des variations individuelles énormes.

Il est très difficile de rendre diabétique quelqu'un qui n'y est pas prédisposé. On peut administrer jusqu'à 300 grammes de glycose, sans voir apparaître de sucre dans l'urine.

S'il est facile de diminuer la quantité de sucre dans l'urine de diabétique, il est souvent impossible, chez le même malade, de l'augmenter dans une mesure proportionnelle. On ordonne à un malade qui élimine 150 grammes de sucre par jour, un régime consistant exclusivement en amylacés, le sucre peut ne pas augmenter, ou n'augmenter que très peu. Il y a donc une limite à la production du sucre.

Chez quelques diabétiques, enfin, le sucre réapparaît dans l'urine, quoique le régime ait été continué sans aucun changement. On trouvera généralement dans ces cas-là des causes psychiques, fatigues, émotions, etc.

Quant au traitement, le point essentiel est le régime alimentaire ; il faut exclure les amylacés. Les graisses sont nécessaires. Le point délicat est la suppression du pain. Il est fâcheux que le pain de gluten soit généralement tellement falsifié qu'il contient autant d'amidon que le pain ordinaire. On a cherché à le remplacer par le *pain de sojah* (provenant des graines du glycina hispida, du Japon), qui ne contient presque pas d'amidon, mais une huile essentielle purgative qui lui donne malheureusement un goût peu agréable. La *fromentine* et la *légumine*, produits des graines embryonnaires de froment et de légumineuses, contiennent également une huile essentielle qui en gâte le goût. Les macaronis au gluten sont falsifiés aussi souvent que le pain.

Les pommes de terre contiennent proportionnellement un peu moins d'amidon que le pain. On pourra donc en permettre en petite quantité. Quant au pain, on conseillera plutôt la croûte ; il est vrai qu'elle produit plus de sucre que la mie, mais on en mange beaucoup moins.

On interdira absolument les fruits, dont le sucre passe des plus aisément dans l'urine. Le lait, de même, augmente le sucre et surtout la quantité d'urine.

L'alcool, par contre, est supporté en grandes quantités par les diabétiques, parce qu'il s'élimine rapidement. Il n'est donc pas étonnant que cette classe de malades comprenne beaucoup de buveurs et on aura soin de leur interdire des liqueurs et vins forts ; le vin mélangé d'eau sera seul permis. La bière, les extraits de malt sont nuisibles aussi. Le thé, le café, la kola sont, par contre, de bons excitants et remontent l'organisme.

La saccharine a remplacé très avantageusement la glycérine, qui était irritante et amenait facilement les symptômes de *glycérisme*.

Une gymnastique modérée (jardin, équitation, petites courses de montagne, ouvrage de tourneur) sera également avantageuse, aussi bien que l'hydrothérapie, sauf dans des cas spéciaux.

L'action des eaux alcalines consiste probablement essentiellement dans leurs effets sur l'état général, par l'excitation des fonctions des cellules.

L'emploi du carbonate de lithine et de l'arsenic, préconisé par Martineau, a de bons effets, surtout chez les arthritiques. Je prescris :

Carbonate de lithine.......	30 centigrammes.
Solution de Fowler.........	14 gouttes.

Avant chaque repas dans un verre d'eau de Vichy.

Mais le plus grand progrès réalisé a été l'introduction de calmants antipyrétiques ; l'antipyrine surtout, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, peut amener une diminution de moitié dans la proportion de sucre et surtout dans la polyurie.

Après les premiers mois, je ne conseille pas de prolonger le régime exclusif ; sinon, il se produit souvent un affaiblissement trop grand. Je permets alors aux repas un peu de pain, de pommes de terre et de fruits, tant que la proportion de sucre ne dépasse pas 19 grammes par jour.

Traitement de la péritonite tuberculeuse.

M. Kœnig (de Gœttingen) a eu quatorze malades atteints de péritonite tuberculeuse. Son traitement consiste dans une laparotomie, suivie d'un lavage aussi complet que possible du péritoine avec de l'eau bouillie. Sept de ses opérés sont en bonne santé actuellement, trois sont morts de causes non liées à l'opération, un seul est mort de collapsus causé par l'opération ; M. Kœnig a perdu de vue les trois autres malades.

Parmi les opérés des autres chirurgiens, il y en a beaucoup qui sont encore aujourd'hui en excellente santé. L'une de ces guérisons (cas de Spencer Wells) remonte à vingt-cinq ans. M. Kœnig a trouvé qu'en somme l'opération donnait 25 p. 100 de guérison.

La guérison ne dépend pas du procédé opéra-

toire, car tous les procédés ont été employés et tous ont donné quelques succès. Les chances de guérison dépendent de l'étendue du péritoine. Cette infection est ordinairement la conséquence des lésions tuberculeuses de l'intestin. La guérison s'observe probablement dans les cas où les altérations de la muqueuse intestinale sont peu profondes ou déjà en voie de guérison. Après le lavage de la cavité péritonéale, l'infection du péritoine ne se faisant plus, la guérison se maintient.

Mesures à prendre contre la diphthérie.

M. *Roux* (de Paris) a formulé les prescriptions suivantes :

1° Pour arrêter la propagation de la diphthérie, il faut reconnaître la maladie le plus tôt possible. On ne saurait donc trop recommander l'emploi des moyens bactériologiques, qui permettent un diagnostic rapide et précis ;

2° Le virus diphtérique actif pouvant persister longtemps dans la bouche après que la maladie est guérie, il ne faut rendre les diphthéritiques à leur vie ordinaire qu'après s'être assuré qu'ils ne sont pas porteurs du bacille.

3° Le virus diphthérique se conservant longtemps à l'état sec, surtout à l'abri de la lumière, il est nécessaire de passer à l'eau bouillante ou à l'étuve, tous les objets qui ont été en contact avec les diphthériques. Il faut désinfecter les linges, les couvertures, etc., avant leur transport au blanchissage.

Les logements où il y a eu des diphthériques, les voitures qui ont transporté des diphtériques, doivent être désinfectés.

Les parents, qui visitent leurs enfants diphthériques internés dans les hôpitaux, rapportent souvent les germes de la maladie dans leur famille. Ces visites doivent être aussi rares que possible. Avant de permettre l'entrée des salles aux per sonnes étrangères au service, il faut les obliger à revêtir un habit spécial qui recouvrira leurs vêtements et qu'elles quitteront à la sortie. Il faut exiger aussi qu'elles se désinfectent la figure et les mains.

Les enfants des écoles doivent être souvent examinés au point de vue de l'état de leur gorge, surtout quand il s'est produit un cas de diphthérie parmi eux.

4° Dans les affections de la gorge, surtout chez les enfants, et notamment dans les angines rubéoliques et scarlatineuses, il faut, dès le début, pratiquer des lavages antiseptiques fréquents de la bouche et du pharynx.

(A suivre.)

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE DE ROUEN

(Fin).

Sur la paralysie générale conjugale.

M. *Cullerre.* — J'ai eu l'occasion, dans ces dernières années : 1° de traiter successivement la femme et le mari atteints de paralysie générale ; 2° de recevoir une femme paralytique dont le mari était soigné ailleurs pour la même maladie ; 3° de recevoir une seconde femme paralytique dont le mari était traité à l'hôpital pour une affection tabétique.

S'agit-il, dans ces rencontres, d'un pur hasard ? Je ne le crois pas. Mendel, Siemerling et Westphal ont publié des cas analogues.

D'après ces auteurs, Mendel surtout, la syphilis serait la cause de la paralysie générale conjugale. Malgré mes recherches, je n'ai pu arriver à la même certitude. Chez une seule femme, la syphilis est certaine ; en revanche, elle n'est probable que chez le mari. En somme, dans l'étiologie de ces paralysies coujugales, je crois qu'il faut s'en tenir aux présomptions, sans affirmer catégoriquement le rôle de la syphilis.

Mais celle-ci, même admise, n'expliquerait pas tout. On se demandera encore pourquoi elle s'attaque au même organe chez les deux conjoints ; pourquoi elle y développe seulement la même maladie, etc., etc.

De l'aveu des auteurs, en effet, les manifestations cérébrales de la syphilis sont relativement rares, comparées aux autres manifestations de la maladie. Bien plus, on ne peut même pas dire que la lésion cérébrale, dans la paralysie générale d'origine syphilitique, soit une lésion syphilitique ; elle n'a rien de spécifique, rien qui diffère de ce qu'on observe dans les paralysies générales d'une autre origine.

Forme spéciale d'obsession chez une héréditaire.

M. *Boucher* rapporte l'observation suivante : Mme X..., âgée de trente ans, mère de deux enfants bien portants, héréditaire du côté maternel, est tourmentée par une facilité extrême à rougir, surtout lorsque l'on parle devant elle d'actes indélicats, ou lorsqu'elle se trouve en présence de certains hommes de sa position, amis de son mari, dont on pourrait la soupçonner d'être la maîtresse. Le sentiment qu'elle va rougir est pour elle une obsession permanente, qui augmente particulièrement au moment où elle est enceinte. Elle maigrit d'une façon notable et a tenté de se suicider pour échapper à cette idée fixe. M. Boucher rapproche cet état particulier des différentes tares observées chez les héréditaires, telles que l'agoraphobie, la claustrophobie, la dipsomanie, la kleptomanie, la béléophobie, etc., etc., états bien mis en relief par M. Magnan.

Diagnostic de la pseudo-paralysie générale syphilitique.

M. *Doutrebente* (de Blois) relate un certain nombre d'observations de paralysies générales améliorées ou guéries par le traitement spécifique. Dans tous ces cas, il s'agissait d'anciens syphilitiques, et comme il ne paraît pas possible, quant à présent, de différencier au début la paralysie générale vraie de la pseudo-paralysie générale syphilitique, il conseille, dans tous les cas où il y a certitude ou présomption de syphilis, de prescrire le traitement spécifique.

M. *Saury.* — Il est, en effet, difficile parfois de faire le diagnostic différentiel dont parle M. Doutrebente, mais ce n'est pas impossible.

En dehors de certains caractères spéciaux que peuvent présenter les cas de syphilis cérébrale (paralysies localisées, par exemple), voici les si-

gnes les plus importants qui, à mon avis, peuvent permettre de distinguer la paralysie générale vraie des pseudo-paralysies générales syphilitiques :

1° La démence paralytique vraie est caractérisée par un affaiblissement *en masse* des facultés intellectuelles. Dans les pseudo-paralysies générales, au contraire, cet affaiblissement est partiel ;

2° Dans la paralysie générale vraie, il y a pour ainsi dire parallélisme entre le degré de la démence et celui de l'hésitation de la parole. Les pseudo-paralysies générales ou bien ne s'accompagnent point d'embarras de la parole, ou bien ne présentent pas le parallélisme précité ;

3° Le traitement spécifique (iodure et frictions mercuriellles) peut faire disparaître les accidents des pseudo-paralysies générales syphilitiques, tandis que la paralysie générale vraie n'est jamais modifiée par ce traitement.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale dans les campagnes.

Parthenay (Deux-Sèvres), 1er août 1890.

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

Dans la correspondance du n° 30 de votre journal, qui rend tous les jours de plus grands services à notre profession, vous semblez mettre en doute la conclusion d'un de mes confrères du département -- « *La Chambre, dit-il, frappera un grand coup d'épée dans l'eau en discutant l'Assistance médicale dans les campagnes : ni les communes, ni les médecins ne voudront l'accepter.* »

Je ne m'occuperai pas des communes, dont les budgets cependant sentent le déficit un peu partout ; l'intérêt du médecin seul me préoccupe.

Quelle posture nous a-t-on imposée, en face de toutes les œuvres d'assistance, ou autres, qu'on a créées jusqu'ici? En province, dans nos campagnes, nous sommes tous d'accord là-dessus. C'est celle d'un domestique, avec cette clause encore de ne pas le payer cher !

A ce sujet nos revendications, selon moi, peuvent se résumer à :

1° Liberté pour le malade, soigné par l'Etat, le Département, la Commune, ou une Société, de choisir annuellement son médecin.

2° Rémunération honorable des soins médicaux.

Les postes officiels ne sont-ils pas réservés aujourd'hui aux seuls médecins politiciens, qui souvent s'adonnent à la politique parce qu'ils sont incapables de lutter contre leurs confrères dans l'art de guérir ou de plaire ?

Ces médecins-là, à la queue de notre profession, soignent les malades pour peu de chose ; ils les soigneraient pour rien, si l'Administration, qui les paie de sa protection et de ses faveurs, leur imposait cette dure condition.

Voilà la vérité.

Si l'assistance dans les campagnes, que la Chambre veut instituer, ne s'inspire pas des deux principes précédents, il n'y aura pour les médecins qu'une aggravation dans les conditions qui rendent déjà si pénible l'exercice de notre profession.

Est-il permis d'espérer le contraire? J'en doute très fort.

Le pouvoir, quel qu'il soit, gouvernemental, ou même communal, a peur de la liberté — il a peur des hommes indépendants, et les vrais médecins le sont. — D'ailleurs il est accoutumé, depuis un temps immémorial, à faire soigner ses indigents avec la bourse du médecin : cela lui coûterait trop cher d'y renoncer.

Dans un siècle, le progrès aidant, on nous jugera peut-être d'un autre point de vue. — En attendant, garons-nous de toutes ces œuvres, dont nous ferons tous les frais. Espérons que je me trompe.

Agréez, etc.,

Dr Marion.

Le maintien de l'officiat.

Monsieur le directeur du *Concours médical*,

A une époque où la question des officiers de santé est à l'ordre du jour et préoccupe les meilleurs esprits, il me semble utile de vous demander, dans l'intérêt général, de vouloir bien publier dans le *Concours*, le tableau des conditions d'études et d'examens exigées des officiers de santé, parallèlement à celles imposées aux docteurs. Cette demande m'est suggérée par ce fait, que plusieurs de ces derniers ignorent les dispositions ou même l'existence du décret du 1er août 1883, même parmi ceux qui font profession d'écrire sur la matière, ainsi que je m'en suis convaincu, en lisant plusieurs journaux qui ont traité la question de l'officiat. Or, pour se faire une opinion sur une question, il est utile de bien la connaître ; — proposition un peu naïve, j'en conviens, mais toujours bonne à établir. — Je vous adresse donc ci-inclus ce tableau.

JOURNAL OFFICIEL

Mardi 14 Janvier 1890

DOCUMENTS PARLEMENTAIRES, page 50.

ANNEXE A LA PROPOSITION DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE, PRÉSENTÉE PAR M. ÉDOUARD LOCKROY.

Tableau des conditions d'Etudes et d'Examens actuellement exigées des Docteurs en médecine et des Officiers de santé.

DOCTEURS	OFFICIERS DE SANTÉ
Décret du 29 juin 1878	*Décret du 1er août 1883.*
Le Président de la République française.	Le Président de la République française,
Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique;	Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,
Le Conseil d'Etat entendu,	
Décrète :	Décrète :
Art. 1er. — Les études pour obtenir le diplôme de docteur en médecine durent quatre années; elles peuvent être faites, pendant les trois premières années, soit dans les écoles de plein exercice, soit dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Les études de la quatrième année ne peuvent être faites que dans une Faculté ou une école de plein exercice.	Art. 1er. — La durée des études pour obtenir le titre d'officier de santé est de quatre années, pendant lesquelles le candidat doit prendre seize inscriptions trimestrielles.
Art. 2. — Les aspirants doivent produire, au moment où ils prendront leur	Art. 2. — En prenant sa première inscription, tout candidat à ce grade doit, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire natu-

première inscription, le diplôme de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint pour la partie mathématique. Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse. Les 2e, 3e et 4e examens sont divisés en deux parties.

Les examens de fin d'année sont supprimés.

Art. 3. — Les cinq examens portent sur les objets suivants :

1er examen. — Physique, chimie, histoire naturelle médicale.

Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième.

2e examen. — 1re partie : anatomie et histologie.

2e partie : physiologie.

La première partie du deuxième examen est subie avant l'expiration du dixième trimestre d'études et avant la douzième inscription.

La deuxième partie de cet examen est subie après la douzième et avant la quatorzième inscription.

3e examen. — 1re partie : pathologie externe, accouchement, médecine opératoire.

2e partie : pathologie interne, pathologie générale.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études.

4e examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale, pharmacologie.

5e examen. — 1re partie : cliniques externe et obstétricale.

2e partie : clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

(Par arrêté ministériel, à partir du 1er novembre 1884, la thèse consistera en une dissertation imprimée sur un sujet de médecine ou de chirurgie choisi par le candidat.)

Art. 7. — Les travaux pratiques de laboratoire, de dissection et de stage près des hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près des hôpitaux ne peut durer moins de deux ans.

relle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial.

Art. 3. — Les travaux pratiques sont obligatoires. Ils portent :

En 1re année : sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle ;

En 2e année : sur l'anatomie et la physiologie ;

En 3e année : sur l'anatomie, la physiologie et la médecine opératoire.

Art. 4. — Le stage hospitalier également obligatoire, commence avec la 5e inscription ; il continue jusqu'à la fin des études.

Art. 5. — A la fin de chacune des trois premières années, les candidats subissent, devant un jury composé de professeurs de l'école, un examen sur les matières suivantes :

Examen de 1re année : physique, chimie, histoire naturelle, premiers éléments d'anatomie (ostéologie et anthropologie).

Examen de 2e année : anatomie descriptive et physiologie.

Examen de 3e année : pathologie interne et pathologie externe.

Ils ont, outre ces examens de fin d'année, des examens définitifs.

Art. 8. — Pour les examens définitifs, le jury est composé d'un professeur d'une Faculté de médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, président, et de deux professeurs de l'école de plein exercice ou de l'école préparatoire.

Art. 9. — Les trois examens définitifs sont soutenus devant la Faculté ou l'école dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer.

Art. 10. — Les examens définitifs pour le titre d'officier de santé comprennent :

Le 1er, l'anatomie, la physiologie et une épreuve pratique de dissection ;

Le 2e, la pathologie interne, la pathologie externe, la thérapeutique, la matière médicale, et une épreuve pratique de médecine opératoire ;

Le 3e, la clinique interne, la clinique externe et la clinique d'accouchements.

(Décret applicable au 1er novembre 1883.)

Il me semble résulter de la lecture attentive de ce document que les études professionnelles pour les deux ordres ne diffèrent pas beaucoup : *même temps de scolarité*, même travaux pratiques obligatoires, même stage dans les hôpitaux plus long encore d'une année pour l'officier de santé, grande similitude dans la nature des examens ; quelques matières en plus, telles que l'hygiène, la médecine légale et une thèse pour le doctorat : en somme, études plus scientifiques, si je puis dire, pour le docteur, plus exclusivement dirigées vers un but pratique pour l'officier de santé. Il est manifeste, en effet, que le décret du 1er août 1883 s'est préoccupé surtout de faire des praticiens.

La capacité se trouvant ainsi acquise, la question de l'officiat me semble ne comporter que deux solutions :

1° Ou bien les supprimer par la raison que la similitude des études et du temps de scolarité est trop grande pour qu'il y ait utilité à conserver les deux grades ; mais alors les supprimer non pas *purement et simplement* comme semble le demander le docteur L. à N. (*Concours médical*, n° 32, correspondance), ce qui serait aggraver leur situation en ajoutant au titre de ceux qui seront en exercice une nouvelle cause de défaveur, solution inique, mais en leur accordant la possibilité d'arriver au doctorat suivant le projet *Chevandier*, unification des titres, que tous les lecteurs du *Concours* connaissent.

2° Ou les maintenir dans l'intérêt des populations rurales, parce que, quoi qu'on dise, c'est à la campagne que s'établissent, en grande majorité les officiers de santé, et quelques exceptions n'infirment pas la règle générale. Mais en même temps :

1° Les affranchir de l'antique loi de ventôse ; 2° changer leur titre suranné en celui de *médecin* ; 3° leur accorder les mêmes droits professionnels qu'aux docteurs, le titre de docteur avec tout le prestige qui s'y attache étant une large compensation à l'obligation imposée à ceux-ci de présenter au début des études les deux baccalauréats.

Telles sont, à mon avis, les deux solutions que peut comporter la question de l'officiat. Je me suis efforcé, pour la résoudre, de me placer sur le terrain de l'équité stricte ; on ne me reprochera donc pas de ne pas bien poser la question et, si je ne me suis pas trompé, les arguments qu'on pourrait m'opposer seront de peu de valeur. Il est de toute justice, en effet, qu'après avoir augmenté les épreuves préliminaires, le temps de scolarité, etc., etc., on augmente aussi les droits que ce grade confère. Le décret du 1er août 1883 a eu pour but et pour effet de faire des officiers de santé, non des savants, mais des praticiens instruits dans leur art ; qu'on les traite comme tels. Aussi bien, si le décret du 1er août 1883 avait créé l'officiat de toutes pièces, il ne serait jamais venu à l'esprit du législateur de *créer* en même temps une « *loi de ventôse* ». Cela suffit pour montrer toute l'iniquité de son maintien. Si les officiers de santé, qui sont « *minorité* », pouvaient espérer ailleurs qu'au *Concours* la justice qui leur est due, ils demanderaient :

1° L'abolition de la loi de ventôse ;

2° L'égalité des droits professionnels ;

3° Le titre officiel de médecins.

Je n'ai pas qualité, bien entendu, pour parler au nom de tous ; mais ce sont là les desiderata de la profession, tels qu'ils ressortent de l'examen des journaux qui soutiennent les intérêts de l'officiat.

Me voilà bien loin, Monsieur le Directeur, de mon point de départ. Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments confraternels.

C., médecin à L.

P.-S. On a posé, à propos du maintien de l'officiat, la question de confraternité (nº 32, correspondance). La confraternité n'existera jamais tant qu'on n'aura pas des cours de déontologie dans les écoles, tant que les syndicats ne seront pas obligatoires *pour tous les médecins*. J'admire encore comment il s'est trouvé une majorité pour repousser le projet d'un ordre de médecins avec syndicats obligatoires pour tous. Quelle force pour nous ! Nous serions les maîtres de nos destinées ! Plus de charlatanisme, plus d'exercice illégal, plus de médecine par les sœurs, cette plaie de la profession, devant laquelle les plus forts s'inclinent, plus de pharmaciens exerçant la médecine.... ou du moins presque plus, et enfin toutes les réformes humanitaires, caisse des pensions de retraite, etc., etc., possibles, un médecin n'aurait plus le droit de mourir pauvre ! »

— Nous avons publié la lettre de notre correspondant dans son intégrité. Nous croyons qu'elle amène à cette conclusion : Puisque les études sont à peu près semblables, il n'y a aucune raison de continuer à délivrer deux genres de diplômes ; ils sont la cause de froissements incessants. On ne touche en rien aux privilèges des officiers de santé et on ménage les transitions pour les étudiants en cours d'études. La question doit être vidée et mieux vaut tôt que plus tard.

Quant aux conseils de discipline, aucun de nos correspondants n'a jamais mis en doute leur efficacité. Nous avons cessé notre campagne, déjà bien ancienne, en faveur de leur établissement pour deux raisons péremptoires : 1º La certitude à peu près complète que les chambres ne conféreront pas ce privilège au corps médical. 2º La constatation que beaucoup de médecins en sont les ennemis convaincus et préfèrent vivre avec les plaies qui nous rongent plutôt que d'aliéner partie de leur indépendance. Elle est pourtant bien relative et, parmi ceux qui soutiennent cette thèse, combien qui sont des esclaves empressés de leurs clients !

RECUEIL DE FAITS

Kyste hydatique suppuré du foie. Guérison.

L'observation d'un kyste hydatique du foie est banale, et je ne l'aurais pas publiée si cette observation ne m'avait fournie quelques remarques d'un réel intérêt pratique.

Un paysan de 60 ans, le nommé C., après avoir mis ordre à ses affaires temporelles et extra-temporelles, se présente à ma consultation le 2 mai 1890.

Il me raconte qu'il est malade depuis plus de dix ans. Il en est arrivé à vomir tout espèce d'aliments. Je trouve ce paysan très émacié, sans fièvre, le pouls ralenti, le pied droit enflé. Le foie seul attire mon attention. Il déborde les fausses côtes de 15 centimètres, mais il ne présente pas de bosselures, et n'est pas douloureux. Par exclusion, je songe à un kyste hydatique. Mais, où faire la ponction exploratrice ? Au niveau de la région épigastrique, le son est mat et il existe une douleur vague à la pression.

A 12 centimètres de profondeur, un liquide citrin vient sourdre de la canule et donner au diagnostic une confirmation indiscutable. Ce liquide renfermait en effet des crochets d'échinocoques.

Confiant dans l'expérience de confrères qui ont écrit sur la matière, je me bornai, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires et vidé le kyste, à renvoyer mon malade en lui faisant entrevoir la guérison définitive après cette première ponction.

Mal m'en prit. Huit jours s'étaient à peine écoulés que je fus rappelé en toute hâte auprès de ce malheureux. Une fièvre très vive s'était allumée (39º5). De loin en loin de grands frissons venaient secouer le malade.

A n'en point douter, le kyste avait suppuré. Mais, où fallait-il enfoncer le trocart ? Un son tympanique avait fait place à la matité du point épigastrique précédemment ponctionné. Je n'hésitai pas toutefois à suivre la première voie. Un jet sifflant de gaz et de pus vint m'expliquer le fait du tympanisme et de la suppuration du kyste.

Près de deux litres de pus, au milieu duquel nageaient des débris d'hydatites mères, furent évacués de ce kyste. Durant près de 20 jours, j'injectai de la liqueur de van Swieten et retirai de ce kyste un liquide purulent mélangé à des membranes ressemblant à des anneaux de tænia. Aujourd'hui le malade est absolument guéri et étonne, par ses promenades quotidiennes, les paysans de son village et des environs qui le croyaient voué à une mort certaine.

Dr Donadieu,
de Bédarieux (Hérault).

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association Syndicale des Médecins des Vosges.

Séance du 18 mai 1890.

Présents : MM. les Drs *Lardier*, président, *Couturier*, secrétaire, Me *Maud'heux*, conseil judiciaire. MM. les Drs *Ancel*, *Villemin*, *Martinet fils*, *Hœmmerlin*, *Fournier*, *Lahalle*, *Frébillot*, *Liétard*, *Daviller*, *Champy*, *Fleurot*, *Boyé*, *Pommagcot*, *Saunier*, *Parisot fils*. Notre vice-président, le Dr *Chavane*, retenu par une indisposition, et un grand nombre de confrères, se sont excusés de ne pouvoir assister à cette réunion.

Le président donne lecture d'un travail très étudié sur la question des syndicats médi-

caux, dans lequel il fait clairement ressortir leur utilité, leur nécessité. C'est par les syndicats seulement que le corps médical peut voir aboutir ses justes revendications ; ce n'est que par eux aussi qu'il peut défendre auprès des pouvoirs constitués les services d'hygiène et d'assistance publique qui lui sont confiés.

Ces prémisses posées, M. le Dr Lardier fait un exposé succinct des incidents survenus depuis notre dernière réunion et des décisions administratives qui ont paru menacer à un certain moment l'existence même de notre syndicat. Une entrevue avec M. le Préfet des Vosges lui a montré qu'il n'y avait dans ces difficultés qu'une question de forme. D'après la jurisprudence de la Cour de Cassation, les professions libérales ne sont pas admises à jouir des bénéfices de la loi de 1884 sur les syndicats, et l'autorité préfectorale peut ne pas entretenir de relations avec un syndicat illégalement constitué ; mais, par contre, elle est toute disposée à favoriser l'existence et le développement d'une Association professionnelle ayant le même but que la nôtre. Il s'agit donc purement et simplement de modifier nos statuts en les simplifiant et en en retranchant tout ce qui a rapport aux actions en justice, puis de les soumettre à l'approbation du Préfet, approbation qui est acquise d'avance dans ces conditions.

L'Assemblée approuve les conclusions du Dr Lardier et, sagement guidée par son conseil judiciaire, Me Maud'heux, vote article par article, les statuts qui seront soumis à l'approbation préfectorale. (Voir à la fin du présent *Bulletin.*)

M. le Président fait connaître les démissions de MM. les Drs Bailly, Larché, Liégeois. Ces démissions sont acceptées.

Il informe aussi l'Assemblée que M. le Dr Lahalle donne sa démission de membre de la Commission d'initiative.

Renouvellement du bureau :

M. le Dr Lardier est nommé Président, M. le Dr Chavane, Vice-Président, M. le Dr Couturier Secrétaire-Trésorier.

Sont nommés membres de la Commission d'initiative :

MM. les Drs Ancel, d'Epinal ; Eury, de Charmes ; Pommageot, de Bains ; Bornèque, de Thaon.

L'Assemblée admet, à l'unanimité des membres présents, au nombre de ses membres, M. le Dr Parisot fils, du Thillot, présenté par MM. les Drs Parisot père et Frébillot.

Le Secrétaire-Trésorier donne lecture du budget de 1890.

Au 30 juin 1888, le capital de la Société se montait à 698 fr. 35.

Intérêt de l'argent en banque........fr.	20.40
4 droits d'entrée à 10 fr..................	40
59 cotisations à 5 fr......................	295
Total..................................	355.40

Les dépenses se sont élevées à :

Participation aux frais du Bulletin.....	100
Honoraires de Me Maud'heux............	35
Frais divers..................................	10.75
Total..................................	145.75
Excédent des recettes sur les dépenses.	209.65

Balance au 31 décembre 1888 :

Capital au 30 juin 1888..................	698.35
Recettes de 1889...........................	355.40
Total..................................	1053.75
Dépenses de 1889........................	145.75
En Banque....................................	805.75
Chez le Trésorier...........................	102.25
Total..................................	1053.75

Ce qui donne bien un excédent de recettes de 209 fr. 65, puisque nous possédons actuellement 908 fr. contre 698 fr. 35 en 1888.

Les comptes sont approuvés par la réunion.

Sur la proposition de son Président, l'Association syndicale des Médecins des Vosges vote 50 fr. pour l'érection de la statue de Jeanne d'Arc.

—

STATUTS

Autorisés par arrêté préfectoral en date du 16 juillet 1890.

Art. I. — Il est établi entre tous les médecins du département des Vosges qui adhéreront aux présents statuts, sous le nom d'Association syndicale, une association de défense et de protection des intérêts de ses membres, dans l'exercice de leur art. Son siège est à Epinal, 2, Place St-Goëry.

Art. II. — L'Association syndicale a pour but :

1° D'établir des rapports permanents entre les médecins, de leur apprendre à se connaître et à se protéger mutuellement.

2° De faire tous ses efforts pour concilier les conflits qui peuvent surgir entre confrères.

3° De venir en aide à ses membres et de se concerter pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine.

4° De communiquer les renseignements nécessaires pour l'établissement des jeunes confrères, qui en feraient la demande, par des rapports suivis avec les associations syndicales de diverses régions.

5° D'étudier toutes les questions ayant trait à la médecine publique.

Art. III. — L'Association syndicale se compose de tous les médecins du département, ayant adhéré aux présents statuts.

Art. IV. — Tout médecin qui désirerait faire partie de l'Association syndicale devra en faire la demande à un membre du Bureau. L'admission définitive sera confirmée par un vote à l'Assemblée générale, à la majorité des membres présents et au scrutin secret.

Art. V. — Chaque adhérent s'engage à verser un droit d'entrée de cinq francs, et une cotisation annuelle de cinq francs.

Art. VI. — Le sociétaire qui se retirera, ou qui sera l'objet d'une exclusion, perdra, par ce seul fait, tous ses droits sur les fonds qu'il aura versés, à quelque titre que ce soit, et ne sera admis à faire valoir aucune réclamation.

Art. VII. — En cas de dissolution de l'Association syndicale, la somme restant disponible sera versée à la caisse des retraites de l'Association des médecins de France.

Art. VIII. — L'Association est administrée par un conseil composé d'un président, d'un vice-président, et d'un secrétaire-trésorier.

Art. IX. — Chacun des membres du conseil est nommé pour un an, en réunion générale, à la majorité absolue des membres présents, et au scrutin secret. Les membres sont rééligibles.

Art. X. — Les réunions générales auront lieu deux fois par année en mai et en septembre.

Art. XI. — En cas d'urgence le conseil pourra

provoquer une réunion générale, pour un fait imprévu ou de nature grave.

Art. XII. — Les décisions du Conseil, comme celles de l'Association entière, seront prises à la majorité des membres présents à la réunion. Si les suffrages exprimés ne représentent pas à un premier tour la majorité absolue, il sera, séance tenante, procédé à un second tour de scrutin, à la suite duquel les décisions seront prises à la majorité relative.

Art. XIII. — Il est créé une Commission d'initiative, composée de sept membres, comprenant, outre les trois membres du Conseil de l'Association syndicale, quatre membres nommés à l'élection, en assemblée générale, au scrutin secret, et à la majorité des membres présents. Ces quatre membres, comme les membres du conseil, sont nommés pour un an et sont rééligibles. Ils contractent l'obligation morale de prêter leur concours au Conseil de l'Association, toutes les fois que les circonstances l'exigent. Ils doivent faire tous leurs efforts pour se rendre aux convocations du président de l'Association. Lorsqu'ils ne se seront pas excusés de manquer à trois appels consécutifs, ils seront considérés comme démissionnaires et remplacés à la réunion générale suivante.

Art. XIV. — Le Conseil de l'Association est chargé de veiller à l'intérêt de la corporation et à l'exécution des statuts. Il conseillera les membres pour leurs affaires personnelles.

Art. XV. — Le président convoque, quand il le juge utile ou nécessaire, les membres du Conseil et de la Commission d'initiative.

Art. XVI. — Le secrétaire trésorier est chargé de recueillir et conserver les procès-verbaux, d'expédier les convocations, et mentionner les questions étudiées, de tenir la correspondance, de percevoir les cotisations.

Art. XVII. — A l'Assemblée générale appartient le droit exclusif de prendre des décisions de n'importe quelle nature, à la majorité des voix des membres présents, et selon les dispositions formulées à l'article *XII*. L'assemblée générale décidera de la publication de tel ou tel document utile à l'association syndicale. Elle réglera chaque année l'emploi des fonds, et aura seule le droit de se prononcer sur l'exclusion de ses membres.

Art. XVIII. — La seule pénalité est la radiation.

Art. XIX. — Les statuts pourront être modifiés en Assemblée générale, toutes les fois que l'intérêt de l'association l'exigera. Il suffira que la sixième partie des membres adhérents formule une demande de revision des statuts de l'association syndicale, pour que cette demande soit portée devant l'assemblée générale suivante et discutée par elle. En cas de modification aux statuts, l'association devra demander à l'administration compétente l'autorisation prescrite par l'article 291 du Code pénal.

Art. XX. — Les adhérents ne s'occuperont jamais, en réunion, de matières étrangères au but de la société. Les discussions politiques ou religieuses sont absolument interdites.

En attendant que la loi confère aux médecins le droit de s'associer sous le bénéfice de la loi du 21 mars 1884, nous engageons ceux de nos confrères qui veulent constituer un syndicat, à adopter des statuts semblables à ceux que le Préfet des Vosges a sanctionné par son arrêté.

REPORTAGE MÉDICAL

Loi contre les jeunes fumeurs de cigarettes. — Le Conseil municipal de New-York vient d'envoyer des instructions au chef de la police, lui enjoignant de faire exécuter dans toute sa rigueur la nouvelle loi d'Etat contre les jeunes fumeurs de cigarettes, qui entrera en vigueur le 1er septembre.

Cette loi défend aux jeunes garçons âgés de moins de seize ans de fumer des cigarettes dans les rues ou sur les places publiques.

— Notre collègue, M. *Baudoin*, dans le *Progrès médical*, dit : « Je tiens à protester contre un bruit qui a été répandu en France par certains journaux, dans un but que nous ne voulons même pas essayer de rechercher. On a prétendu qu'à la réception, à l'hôtel de ville de Berlin, on avait joué la *Marseillaise*. Rien de plus inexact. Les médecins français ont été reçus, comme nous l'avons mentionné dans notre dernière lettre, avec courtoisie et bienveillance ; mais en toutes circonstances, nos compatriotes sont restés sur la plus prudente réserve. Ils savaient pourquoi ils venaient à Berlin et comment ils devaient y paraître. »

Faculté de médecine de Paris. — M. Tillaux, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de médecine opératoire à la dite Faculté, à partir du 1er novembre 1890. — M. Le Dentu, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique chirurgicale à la dite Faculté, à partir du 1er octobre 1890.

La fièvre typhoïde au 18e dragons. — Une soixantaine d'hommes étant atteints de fièvre typhoïde ont été dirigés sur l'hôpital de Toul. Par mesure de précaution, l'autorité militaire fait camper le régiment aux environs de Lunéville.

Les médecins militaires aux Etats-Unis. — A la tête du corps de santé militaire des Etats-Unis se trouve un *Surgeon-general* (John Moore), qui a le rang de général de brigade ; puis viennent un *Assistant-Surgeon-general*, un *Chief Medical Purveyors* et 4 *Surgeons*, qui ont tous rang de colonel. Deux *Assistant Medical Purveyors* et 8 *Surgeons* ont rang de lieutenant-colonel. Plus bas, dans l'échelle hiérarchique, il y a 50 *Surgeons* avec le grade de major, et 125 *Assistant Surgeons* qui sont assimilés au grade de premier lieutenant de cavalerie pendant les cinq premières années de service, et ensuite à celui de capitaine de cavalerie jusqu'au moment de leur passage au grade supérieur.

La solde est assez élevée, et tous les cinq ans elle est augmentée d'un dixième, sans toutefois que ce supplément puisse dépasser 4 dixièmes. Elle est la même que celle des officiers auxquels sont assimilés les médecins. Les assistants-surgeons touchent 1,600 dollars par an pendant les cinq premières années ; puis, assimilés au grade de capitaine de cavalerie, ils touchent 2,000 dollars, avec augmentations successives de cinq en cinq ans jusqu'au chiffre de 2,800 dollars. En général, avant d'atteindre ce chiffre, ils sont promus

au grade de major et ont une solde minimum de 2,500 dollars, maximum de 3,500. Le minimum des médecins assimilés au grade de lieutenant-colonel est de 4,000 dollars ; ceux du grade de colonel ont 4,500 dollars ; enfin le surgeon général touche 5,500 dollars.

La retraite est obligatoire à 64 ans. Le médecin mis à la retraite pour son âge ou pour infirmités résultant du service, reçoit les trois quarts de sa solde d'activité.

Les médecins militaires sont logés ou bien reçoivent une indemnité de logement ; leurs chevaux sont nourris et logés. Tout officier du corps de santé a droit chaque année à 30 jours de congé à solde entière. Il ne perd pas droit à ce congé lorsqu'il ne l'utilise pas ; il peut en joindre quatre au maximum et avoir ainsi tous les quatre ans quatre mois de congé à solde entière. Les congés supplémentaires ne donnent droit qu'à la demi-solde.

Lors de son entrée au service, le médecin militaire ne contracte aucun engagement et il peut toujours démissionner. Pour être admis, il doit ne pas être âgé de moins de 21 ans, ni de plus de 28 ans. A sa demande il joint l'exposé de ses titres, les certificats d'études, de moralité, etc. Puis il est admis à subir un examen qui comprend toute une série d'épreuves :

1° Examen physique très sévère ;

2° Epreuves orales et écrites sur la littérature en général et sur les sciences (grammaire anglaise, arithmétique, histoire et géographie des Etats-Unis) ; cette épreuve est éliminatoire. Le candidat est ensuite interrogé sur la chimie et la physique, la littérature anglaise, le latin, l'histoire ancienne et moderne ; il peut subir d'autres épreuves facultatives dont il lui est tenu compte ;

3° Epreuves orales et écrites sur toutes les branches des sciences médicales (anatomie, physiologie, pathologie interne et externe, accouchement, médecine légale, etc.)

4° Epreuves cliniques de médecine et de chirurgie ; épreuve de médecine opératoire.

Il n'est permis de se présenter à cet examen que deux fois seulement.

La multiplicité des épreuves, dont les premières se rapportent aux études primaires, s'explique par ce fait que les diplômes et certificats d'études aux Etats-Unis, ne sont donnés ni garantis par le gouvernement.

(*Bulletin médical*.)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement du chancre simple,

Par M. Morel-Lavallée.

L'excision doit être employée très rarement. La cautérisation doit être profonde et faite avec un liquide : elle doit être aussi employée bien rarement, surtout dans les circonstances suivantes quand le chancre est avancé comme développement, ou trop anfractueux, danger de réinoculation du voisinage, crainte de délabrements du fait de la cautérisation, situation du chancre dans une position trop apparente. Comme traitement usuel, l'auteur recommande : 1° isolement du chancre ; 2° hygiène appropriée, générale et locale ; éviter les pommades grasses et surtout les pommades mercurielles ; 3° applications de topiques modificateurs. Tartrate ferrico-potassique, à la dose de 10 p. 100 en pansements répétés 2 à 3 fois par jour. Iodoforme agent merveilleux, mais infidèle. Iodol, inférieur à l'iodoforme. Nitrate d'argent, en solution à 3 p. 100 (Fournier), guérit presque toujours, mais d'une façon un peu lente. Acide pyrogallique (Vidal). Acide salicylique, excellent remède, mais très inconstant d'effet. M. Fournier s'est bien trouvé de la combinaison suivante : pansements à la solution de nitrate d'argent pour la journée, à l'iodoforme la nuit. A l'exception de l'iodoforme, tous les topiques cités plus haut indurent le chancre. On ne devra donc les employer qu'autant que le diagnostic sera formellement assuré. (*Gazette des hôpitaux*).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

L'Amour Morbide, étude de psychologie pathologique, par le Dr Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris, grand in-18 de 300 pages. Prix : 3 fr. 50. Remise de 20 % à MM. les membres du Concours médical, soit à envoyer un mandat de 2 fr. 80 pour recevoir *franco*.

Ce livre, essentiellement médical, « la mère en défendra la lecture à sa fille », présente un intérêt extraordinaire. L'auteur est déjà très connu du reste par son volume sur les « *habitués des prisons* ». Il nous suffit d'indiquer les chapitres pour engager tous nos confrères à le mettre dans leur bibliothèque : Chap. Ier. L'amour harmonique et l'amour morbide. — Chap. II. L'amour morbide dans l'antiquité. — Chap. III. Origines étiologiques de l'amour morbide. — Chap. IV. Le syndrome amour. — Chap. V. L'amour morbide chez les dégénérés supérieurs. — Chap. VI. L'amour morbide dans la débilité mentale. — Chap. VII. L'amour morbide chez les imbéciles. — Chap. VIII. Les érotomanes. — Chap. IX. L'amour fétichique. — Chap. X. L'amour zoophilique. — Chap. XI. Les amoureux des enfants. — Chap. XII. La jalousie morbide. — Chap. XIII. Du meurtre par amour. — Chap. XIV. Du suicide par amour. — Chap. XV. L'amour morbide dans la littérature. — Chap. XVI. Traitement de l'amour morbide.

Avec des vues très originales, l'auteur s'est livré à un véritable travail de bénédictin pour rassembler les faits et démontrer que l'amoureux morbide est fou. Ecoutons la fin du volume : « Voici un jeune homme qui avait toujours mené une vie exemplaire. Il était l'orgueil et l'espoir des siens. Un beau jour il s'est laissé séduire par les appas d'une drôlesse qui lui a pris et son âme et sa volonté. Pour satisfaire sa passion il ruine sa famille, il piétine sur le cœur de sa mère, il s'avilira peut-être jusqu'à un mariage déshonorant avec une prostituée, il ira jusqu'au crime même. La juste colère et les menaces d'un père, les pleurs d'une mère, les conseils, puis les sévérités des amis, qui ont fait le vide autour de lui, rien n'y fait. Et vous direz qu'il n'est pas fou, et vous hésiteriez à le traiter ! mais alors ce serait approuver ses folies, etc., etc. »

A lire aussi, par ces mois de vacance : *Un médecin de Campagne au XIXe siècle*, par le Dr Jules Lafage. Prix, *franco* : 1 fr. 60 ; pour 2 fr., prix fort.

Adresser mandat ou demande au Directeur de la Société d'Editions Scientifiques.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année **N° 38** 20 Septembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

MÉDECINE MILITAIRE

Les treize jours d'un médecin de la territoriale (*fin*).

Rien ne prouve mieux le terrain que gagne peu à peu dans l'esprit des officiers le souci de l'hygiène et des choses médicales que le trait suivant qui m'a été raconté au sujet du commandant du 7e corps : il fit passer il y a quelques mois une note dans laquelle interdiction était faite aux cantiniers d'élever des poules dans les casernes, car, ajoutait le général, il paraît ressortir des recherches médicales contemporaines que la diphtérie humaine peut reconnaître quelquefois une origine avine.

Le règlement défend aux cantiniers de vendre de l'absinthe aux hommes.

Quand un général en tournée d'inspection entre dans la cantine, c'est une *colle* légendaire de sa part de demander à brûle-pourpoint au cantinier : « Votre absinthe est-elle bonne ? » — A quoi le cantinier, s'il connaît son affaire, répond avec dignité : « Mon général, je n'ai pas d'absinthe ! », On a vu cependant un jour un cantinier naïf encore, en fonctions depuis peu de jours, tomber dans le piége et répondre avec élan : « Elle est excellente ! »

En réalité, une certaine tolérance s'établit à l'égard des sous-officiers, qui prennent leurs repas à la cantine ; car la liberté qu'ont ceux-ci de sortir fréquemment de la caserne leur permet aisément de trouver cette boisson, s'ils le désirent, dans le débit le plus proche et la qualité en est probablement pire que celle de l'absinthe de la cantine, car le médecin du régiment passe assez souvent pour contrôler la qualité des boissons vendues par le cantinier.

Le médecin de régiment fait chaque jour un tour à la cuisine, se fait montrer le menu du jour, goûte à différentes gamelles prises au hasard, inspecte la viande fraîche livrée par les fournisseurs.

J'ai pu m'assurer à différentes reprises combien la cuisine actuelle du soldat est saine et variée. On est étonné du résultat auquel on peut arriver par l'association quand on apprend qu'un repas pour 100 hommes revient de 21 à 25 fr. La meilleure preuve que la nourriture plaît aux troupes, c'est qu'aujourd'hui le soldat consomme sa gamelle intégralement, tandis que, il y a quelques années, le baquet aux eaux grasses recevait chaque jour une bonne partie de la nourriture rebutée par les hommes. Une excellente innovation a été l'introduction de la vaisselle individuelle dans l'armée ; chaque homme a son assiette en fer émaillé, ainsi que son couvert.

La surveillance est exercée activement sur les approvisionnements.

Les boîtes de conserves de bœuf de Chicago et de bœuf mode avec légumes sont visitées périodiquement : sur le couvercle de chacune d'elles est indiquée la date de sa fabrication. J'ai goûté du bœuf de Chicago ayant deux ans de fabrication et ne l'ai pas trouvé désagréable. Dès que le couvercle d'une boîte qui d'ordinaire est plat paraît bombé, on peut supposer que cette voussure est causée par le développement intérieur de gaz issus de la fermentation et que le contenu est avarié. Quelquefois alors un coup de poinçon donné dans la boîte laisse en effet échapper une odeur putride. En tout cas toute boîte bombée est retirée et jetée. Nos confrères de l'armée se sont beaucoup occupés depuis quelques années de la préparation des conserves ; les noms de MM. Antony, Kirne, Schindler sont liés à des tentatives plus ou moins heureuses pour conserver sous le plus petit volume possible, en forme de cartouches ou de saucisses, des aliments variés, légumes, farines et viandes. Les résultats obtenus n'ont pas toujours été satisfaisants ; quelques-uns cependant sont ingénieux et ont été gardés. Les farines se conservent fort bien dans des récipients métalliques. J'ai mangé avec plaisir du pain fait avec trois quarts d'une farine conservée depuis trois ans dans un fort, et additionnée seulement d'un quart de farine fraîche ; ce pain n'avait pas de goût aigre.

Le médecin visite régulièrement les chambrées et s'assure que, suivant les prescriptions du chef de corps, les fenêtres sont grandes ouvertes tout le jour, les lits défaits et les matelas repliés de façon à être aérés sous toutes leurs faces jusqu'à l'heure où les hommes rentrent se coucher. Tous les ans les murs des chambrées à tour de rôle sont grattés et blanchis à la chaux ; d'autres sont peints à l'huile. Le nettoyage des parquets se fait avec du sable bichloruré. L'idéal serait un enduit imperméable parfait. Divers essais ont été entrepris avec des mélanges d'huile de lin ou de résine de coaltar, de goudron, de cire et de térébenthine. C'est surtout sur les paliers d'escaliers que ces enduits ont été placés ; parce que là on place la nuit des baquets où les hommes peuvent venir se satisfaire, sans être exposés à contracter des refroidissements en descendant dans les cours pendant les nuits d'hiver incomplètement vêtus ; ces paliers se trouvent ainsi exposés à être souillés fréquemment.

Il est défendu de cracher sur le sol de la chambrée — des crachoirs pleins de sable ou de sciure arrosés de bichlorure de mercure étant placés de distance en distance.

La désinfection est l'objet de soins incessants soit pour les locaux, soit pour les effets de literie et d'habillement ; outre la désinfection par l'eau bouillante et la vapeur d'eau à 100 degrés, les solutions mercurielles pour les linges, on emploie pour les objets mobiliers les fumigations d'acide sulfureux obtenu par combustion de fleur de soufre arrosée d'alcool (20 à 50 gr. par mètre cube). Dans chaque casernement se trouve une pièce spécialement destinée aux opérations de désinfection dirigées par le médecin.

En outre, l'administration des lits militaires est chargée de la désinfection périodique en grand de la literie. Il existe une étuve système Geneste-Herscher pour la place de Belfort. Les opérations de désinfection peu importantes conseillées par le médecin régimentaire sont autorisées par le chef de corps.

Pour les opérations plus considérables pouvant entraîner d'assez grands frais on en réfère au directeur du service de santé ou au ministre.

Nos confrères militaires sont pleins de sollicitude pour les hommes au point de vue de l'hygiène; ils surveillent très attentivement, outre l'état de propreté des latrines qui sont toutes du système diviseur à tinettes mobiles quotidiennement enlevées, la qualité de l'eau potable. 15 bougies Chamberland, montées en batteries de 5, sont allouées à chaque compagnie de 100 hommes dans les cas où l'eau est suspecte.

Dans les forts comme dans les casernes, on voit au-dessus des robinets d'eau potable la mention : « Eau bonne à boire. » Le pharmacien en chef est sans cesse occupé à analyser les échantillons d'eau qui lui sont envoyés. Aussi la fièvre typhoïde devient-elle de plus en plus rare. Par suite du recrutement régional qui permet d'envoyer assez souvent les hommes en permission de courte durée dans leurs foyers on peut assez aisément savoir, par l'intermédiaire de l'administration préfectorale, s'il règne une épidémie de fièvre typhoïde, de scarlatine ou de rougeole dans une localité de la région militaire; dans ce cas, aucune permission n'est délivrée pour la localité contaminée. En temps de manœuvres, il est prescrit au médecin régimentaire d'aller s'assurer, avant l'arrivée des troupes au gîte d'étape, s'il n'y a pas de cas de maladie contagieuse dans les maisons où seront logés des soldats.

La revaccination est pratiquée sur toutes les recrues et sur les réservistes ou territoriaux, qui, dit le règlement, ne peuvent pas prouver qu'ils ont été vaccinés depuis moins de 8 ans. Dans la pratique, pour plus de sûreté, on revaccine tous les arrivants ; le major du 9e d'artillerie, M. Loillier, le Dr Stourme (de Luxeuil), aide-major de réserve, et moi, nous avons vacciné, en moins d'une heure, 250 réservistes d'artillerie avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses : un infirmier lavait le bras de chaque homme avec du coton hydrophile imbibé de solution de Van Swieten; un de nous lavait et flambait la lancette après chaque vaccination ; un autre la chargeait de pulpe glycérinée de vaccin de génisse envoyée en tubes par le centre vaccinogène du camp de Châlons; le troisième faisait l'insertion de la pulpe en trois points de la face externe du bras. Grâce au soin avec lequel la vaccination et la revaccination sont pratiquées maintenant dans les salles d'asile, les écoles, les lycées, et au régiment, il est certain que dans peu d'années la loi rendant la vaccine obligatoire ne sera plus guère utile que pour les femmes et que la variole finira bien par disparaître de notre pays.

Le souci de l'antisepsie est très vif chez nos confrères de l'armée : bien que le formulaire des hôpitaux militaires n'ait pas encore adopté le naphtol et le salicylate de bismuth, j'ai vu des médecins qui en faisaient prendre à leurs hommes atteints de troubles gastro-intestinaux, en prélevant l'achat de ces médicaments sur la somme dont ils disposent comme masse d'infirmerie. Le bichlorure de mercure et l'iodoforme suffisent aux besoins de l'antisepsie externe. J'ai eu la satisfaction de constater que l'antisepsie des premières voies (fosses nasales, cavité buccale et pharynx) était en honneur au 9e bataillon d'artillerie. Le Dr Loillier, mon collègue de l'active, ne manque jamais de passer périodiquement la revue des nez, des gorges et des bouches de ses artilleurs, convaincu qu'il est à juste titre qu'une foule d'infections se font par là. Gargarismes et irrigations nasales avec la solution bichlorurée, insufflations d'iodoforme poursuivent sans pitié les streptocoques et autres pyogènes dans les anfractuosités de la muqueuse nasale. Il est presque impossible d'obtenir des hommes qu'ils fassent usage quotidien de la brosse à dents qui fait partie de leur équipement. Néanmoins, on s'efforce de dépister les caries dentaires dès leur début et de les arrêter.

Le culte de l'antisepsie est maintenant si bien dans les mœurs des médecins militaires que le collègue dont je viens de parler me montrait son vade mecum, l'excellent manuel de Nüssbaum, qu'il avait annoté, et il adhérait avec enthousiasme à la phrase où l'auteur déclare que quiconque, faisant de la chirurgie, néglige de faire de l'antisepsie, ne peut être qu'un imbécile ou un malhonnête homme.

Quand un homme est à l'infirmerie, il lui fait apprendre par cœur chaque jour et réciter quelques préceptes simples et clairs concernant l'hygiène corporelle. Nul doute que l'armée ainsi comprise ne devienne pour les paysans arriérés et les ouvriers, qui tour à tour y passeront tous, une école de propreté et d'hygiène, dont l'écho se ré-

percutera dans les campagnes et les ateliers des villes ; au moins le militarisme à outrance aura eu, parmi ses inconvénients, cet avantage de contribuer pour une part au progrès.

Une séance d'instruction pratique, pleine d'intérêt et même de sentiment dramatique, a été celle où nous avons simulé le relèvement des blessés sur le champ de bataille. La scène se passait au pied des glacis. Un certain nombre d'hommes figuraient les blessés, étendus au hasard dans l'herbe ou sur la terre ; une pancarte attachée à leur capote indiquait la blessure dont on les supposait frappés : fracture d'un membre, plaie de tête, de poitrine ou de l'abdomen, etc.

Le poste de secours était placé, suivant le règlement, le plus près possible de la ligne des combattants, abrité cependant dans une certaine mesure du feu de l'ennemi dans un pli de terrain ou derrière un bouquet d'arbres ; là un médecin a fait déballer la voiture régimentaire, il est prêt à recevoir, pour leur faire le premier pansement d'urgence, les blessés apportés par les brancardiers avant de les évacuer sur l'ambulance, celle-ci est établie un peu plus en arrière ; hors de la portée du feu de l'ennemi et cependant pas trop loin du poste de secours, desideratum de plus en plus difficile à réaliser avec la portée croissante des armes. Les brancardiers régimentaires, qui ne sont pas neutralisés (brassard bleu) par la convention de Genève comme le sont les infirmiers et les médecins (brassards blancs), s'en vont, le fusil en bandoulière, quêter deux à deux les pauvres blessés ; on doit les chercher dans certains endroits où l'expérience a appris qu'ils se traînent toujours de préférence, à l'abri d'un arbre, d'un buisson, d'un fossé, près d'un ruisseau ou d'une flaque d'eau surtout ; car la soif est le besoin impérieux du blessé. Les brancardiers sont choisis parmi les musiciens et les ouvriers du régiment, tailleurs, cordonniers, armuriers ; on leur enseigne à faire les pansements d'urgence ; ils ont dans leur musette de la gaze antiseptique, des bandes, des garrots, des chevilles de bois ; on leur a montré à faire des attelles avec les fusils, les sabres-bayonnettes, des lacs avec les courroies du sac et la bandoulière du fusil, des écharpes et des draps-fanons avec la cravate, la veste et la capote ; ils savent comprimer au-dessus d'une plaie dont le sang coule en jet, faire la respiration artificielle, placer dans le relâchement les muscles abdominaux en cas de plaie de l'abdomen, etc.

Le blessé, pansé du mieux que le permettent les moyens disponibles, est placé sur le brancard et amené vers le poste de secours, où le médecin vérifie et rectifie au besoin le pansement, fait une ligature si elle est urgente ; puis le brancard passe des mains des brancardiers régimentaires, qui retournent au feu, entre celles des infirmiers qui opèrent le transport à l'ambulance.

Là les médecins sont divisés en trois groupes. L'un fait le triage des blessés.

Une fiche rouge attachée à la capote indique que l'homme est transportable ; les transportables sont évacués sur l'ambulance divisionnaire ou l'hôpital de campagne par des voitures ou des cacolets où un autre médecin les installe. Une fiche blanche signifie intransportable. Ces couleurs conventionnelles sont adoptées également dans les armées allemande et italienne.

Sur cette fiche est écrit un diagnostic sommaire avec indication du traitement déjà commencé, exploration faite ou non, extraction de projectile, etc.

Un autre groupe de médecins fait les opérations d'urgence.

Pendant que nous faisions le simulacre de ces diverses manœuvres, la pluie tombait fine et froide ; les forts et la citadelle, avec les canons aux embrasures, formaient un cadre approprié au fond de tableau gris, où s'enlevaient en taches éclatantes les pantalons rouges et les chemises blanches des brancardiers et des pseudo-blessés ; et je pensais tristement que plus d'un parmi ces braves gens ballottés sur les brancards, avec leurs appareils improvisés, lisant sur sa poitrine la pancarte qui le déclarait atteint de quelque fracture ou plaie épouvantable, pouvait se sentir envahi par de lugubres ou tout au moins mélancoliques présages.

Mais je me disais aussi, en voyant avec quels soins et quelle précision s'accomplissait cette opération du relèvement des blessés sous les ordres de nos collègues, qu'il y avait quelque chose de rassurant aussi pour nos soldats.

C'est sur cette réflexion que je terminerai ces courtes notes prises de mémoire sur mes treize jours de stage et d'instruction ; l'impression que j'ai emportée de ce séjour à Belfort, c'est que dans notre armée, depuis le ministre jusqu'au simple brancardier, tout le monde travaille de son mieux et que chacun sait ce qu'il aurait à faire si demain partait l'ordre de mobilisation. *Di, tole avertite omen* !

P. Le Gendre.

SYPHILIGRAPHIE

Les lésions syphilitiques secondaires de la langue.

Clinique du professeur A. Fournier.

Ces lésions forment deux groupes distincts : les syphilides humides et les syphilides sèches.

Les premières sont très fréquentes. Commençons par étudier le *type érosif*. Il est extrêmement commun et bien peu de syphilitiques n'en sont pas atteints. Le plus généralement il y a plusieurs poussées de ce genre de manifestations, 10, 15, 20, 30 même. Cette forme de syphilides est souvent bien peu de chose. Elles présentent l'aspect d'une érosion étalée, lenticulaire, aplatie. Ce qui les recommande à l'attention, c'est d'abord leur couleur : car elles tranchent, soit par une teinte plus foncée que le reste de l'organe, soit par une coloration grisâtre, comme diphtéroïde. De plus, elles ont un aspect lisse qui contraste avec l'aspect villeux, tomenteux de la surface normale de la langue. Les plaques muqueuses sont uniques ou multiples ; dans ce dernier cas, elles couvrent parfois une grande étendue.

Sur les bords de l'organe elles revêtent facilement la forme de fissures ou de rhagades : ce sont alors de petites lésions perpendiculaires à l'axe de la langue.

Au total, ces syphilides érosives sont de minimes lésions sans importance locale ; par contre, leur importance est excessive au point de vue de la contagion. Il est patent que, quand on peut faire les confrontations, ce sont là les lésions qui sont le plus souvent la cause de la contamination de la femme par le mari. A ce propos, je dois insister sur deux points importants. En premier lieu les érosions secondaires n'ont pas de caractère spécial, elles ressemblent à l'érosion la

plus vulgaire et cependant on les qualifie, dans vos livres, de caractéristiques. Caractéristiques par quel attribut ? Il n'y en a pas. On ne pourrait me citer un seul signe permettant de différencier la plaque muqueuse d'une lésion commune, telle que l'érosion de l'aphte, par exemple. En second lieu, les lésions peuvent être tout à fait minimes, minuscules, réduites aux dimensions d'une tête d'épingle ; elles peuvent perdre leur couleur habituelle et être alors à peine apparentes, de telle sorte qu'elles passent inaperçues. Il faut faire un examen attentif à la loupe pour distinguer de si petites lésions qui forment de petites taches roses plutôt que rouges. Cependant, il est d'un intérêt considérable de les découvrir, car quand un homme vous demande s'il est contagieux, il est absolument nécessaire de ne pas se tromper dans la réponse qu'on lui fait.

Le *type papuleux* est plus rare sur la langue. Cette syphilide y est, du reste, ce qu'elle est ailleurs. Elle forme de petites papules déposées sur la langue, faisant un léger relief et de couleur généralement rosée ou rougeâtre ; parfois les papules sont blanchâtres et revêtent l'aspect diphtéroïde dont je vous ai déjà parlé plusieurs fois. Très généralement, on les rencontre sur la face dorsale ; exceptionnellement, sur la face inférieure. Quelquefois, elles sont confluentes et forment alors une nappe papuleuse, *syphilide papuleuse agminée*.

Abandonnées à elles-mêmes, les syphilides papuleuses peuvent devenir *hypertrophiques* et forment alors des saillies rouges ou blanchâtres bombant la langue et donnant à cet organe un aspect particulier que l'on a comparé à celui du *dos du crapaud*.

Nous n'avons plus à parler que du quatrième type, le *type ulcéreux*. Les syphilides forment des ulcérations sans caractère spécial, plus ou moins étendues, de forme régulière ou irrégulière, arrondie ou ovalaire, dont le diagnostic est impossible par les seuls caractères objectifs. On ne peut arriver à en reconnaître la nature que par l'examen complet du malade ou la recherche des antécédents.

Les *syphilides sèches* forment le deuxième groupe des syphilides secondaires de la langue. Elles ont reçu différents noms : glossite dépapillante ou tonsurante, psoriasis lingual, plaques lisses de la langue.

Elles forment sur la langue des îlots facilement distincts présentant un état lisse dû à la disparition des papilles ; à leur niveau, la surface de l'organe paraît avoir été tondue et l'aspect est très différent de celui qui résulte de l'état villeux de la surface normale. La langue est comme une pelouse au milieu de laquelle existerait une clairière dont le gazon aurait été fauché à ras. Au centre du velours lingual, il y a ainsi une surface comme fauchée. Cet aspect lisse n'est bien visible que lorsque l'on a enlevé la salive qui couvre l'organe en l'essuyant à plusieurs reprises avec un linge de toile. On voit alors que la surface de la syphilide est sèche, absolument sèche, et ne change pas de couleur lorsqu'on la touche avec le nitrate d'argent. Il n'y a pas trace d'érosion. Le nom de glossite tonsurante est très bien choisi pour désigner cette lésion.

Que se passe-t-il donc et comment expliquer cet aspect si spécial ? Quelques mots d'anatomie vont vous en faire comprendre de suite la raison. Les papilles filiformes sont surmontées, à l'état normal, d'un prolongement constitué par des productions épidermiques et atteignant 1 millim. et quelquefois 2 millim. de long. Or, quand on examine la langue au niveau des plaques sèches, on voit que ce prolongement est tombé comme si on l'avait rasé et que la surface dénudée est devenue lisse.

La glossite tonsurante est remarquable encore par un autre caractère : elle rentre dans les lésions syphilitiques qui n'ont pas d'âge. En général, comme vous le savez, la syphilis a des accidents qui correspondent à son âge ; cependant, quelques-uns se produisent à toutes les périodes ; telle est la lésion improprement appelée psoriasis palmaire, telle est aussi la glossite tonsurante ; ce sont là des accidents déclassés. On les voit au bout de quelques mois de vérole ; on les voit au bout de dix ans. En ville, j'ai rencontré la glossite tonsurante dans des syphilis traitées datant de 5, 8 et 10 ans.

Il me faut maintenant vous parler du *diagnostic* des syphilides secondaires de la langue. Je pourrais m'étendre sur ce diagnostic d'une façon presque indéfinie, car on peut confondre ces syphilides avec la plupart des lésions de l'organe, les aphtes, la glossite nicotique, la glossite dentaire, etc.

Je n'insisterai pas aujourd'hui sur tous ces faits et ne m'appesantirai que sur une lésion dont les traités classiques ne font pas mention et qui cependant a une grande importance pratique, je veux parler de l'*herpès récidivant buccal chez les syphilitiques*. Il se présente généralement à votre observation de la manière suivante : Un malade dont la vérole date de quatre ou cinq ans, qui s'est traité méthodiquement, que l'on croit et qui se croit guéri, vient un jour vous trouver pour de petites érosions qu'il a sur la langue. Ces érosions sont petites, plates et ressemblent absolument à des plaques muqueuses ; c'est le diagnostic que vous portez et vous donnez le traitement spécifique. Tout disparaît. Quelques semaines, un mois plus tard, votre malade revient pour les mêmes accidents. Vous insistez sur le traitement, qui semble encore amener la guérison. Mais le malade revient encore et les choses peuvent continuer ainsi pendant des mois et des années.

Que de fois n'ai-je pas vu des cas semblables qui m'ont fait commettre de graves erreurs ! A l'hôpital et en ville, j'ai traité beaucoup de malades pour cette lésion. En constatant un insuccès constant, j'ai fini, de guerre lasse, par penser que je me trompais et qu'il ne s'agissait pas de syphilis, car le mercure aurait amené la guérison. J'ai acquis la conviction que ces érosions qui récidivent ainsi d'une façon désespérante ne sont pas de la vérole, car le mercure l'aurait guérie.

Après avoir beaucoup hésité et fait beaucoup d'hypothèses, je suis maintenant convaincu que ces érosions récidivantes sont de l'herpès récidivant buccal, analogue à l'herpès récidivant génital décrit par Doyon.

Voici comment cet herpès se présente à votre observation : On voit, sur la langue principalement, accessoirement sur les joues et les lèvres, des érosions, des excoriations tout à fait superficielles, petites, minimes et habituellement multiples. Elles ont une durée éphémère, qu'on les abandonne à elles-mêmes ou qu'on les traite. Elles guérissent en huit ou quinze jours, si le

malade les irrite en fumant. Enfin, la récidive est la règle et cela complète la ressemblance avec l'herpès génital. Les éruptions successives peuvent se prolonger pendant un an, deux ans et plus.

En dernier lieu, ce qui complète l'identité avec l'éruption génitale, c'est la configuration à la fois microcyclique et polycyclique. Je m'explique. Je vous ai dit bien souvent que l'herpès était polycyclique, parce qu'il se produisait sous forme de vésicules en bouquets et se réunissant les unes aux autres. Lorsque ces vésicules se rompent et s'érodent, nécessairement le contenu de l'érosion qui en résulte est formé d'une série de rentrants et de saillants, d'une série de petits contours, l'herpès est donc polycyclique. Mais il n'y a pas que l'herpès qui soit polycyclique ; des plaques muqueuses de la vulve, très rapprochées les unes des autres, arrivent au contact et leur réunion forme une surface qui a la même apparence polycyclique que celle de l'herpès. Mais alors intervient le second caractère distinctif. L'éruption herpétique de la langue se présente sous ces apparences et on voit sur l'organe une petite lésion à contour sinueux, géographique, microcyclique. Ces caractères permettent d'affirmer le diagnostic.

En résumé, on rencontre fréquemment dans la bouche des syphilitiques une affection d'un ordre spécial caractérisée par des poussées massives et multiples de petites lésions érosives, c'est de l'herpès.

Il y a les plus grandes analogies entre cet herpès et celui de Doyon. D'abord, analogie de lésions ; dans les deux cas, ce sont des érosions superficielles, éphémères ; ensuite, analogie de marche ; dans les deux cas, les récidives sont incessantes, se continuent des années. Enfin, analogie de cause : l'herpès génital succède à des causes d'excitation, à des maladies vénériennes de la verge, blennorrhagie, chancre simple ; l'herpès buccal est aussi sous l'influence des agents d'irritation qui agissent sur la bouche, syphilis, irritation nicotinique, irritation résultant du traitement mercuriel. Aussi, il est fréquent de rencontrer cet herpès chez des malades qui se sont traités longuement. Comme, si on se trompe sur la nature de l'affection, on augmente pendant quelque temps les doses de mercure, on comprend l'effet nuisible qui en résulte.

J'ai insisté longuement, Messieurs, sur l'herpès buccal, parce qu'il est très important, cliniquement, de reconnaître la maladie. Une erreur peut, en effet, vous conduire à prescrire au malade un traitement inutile, sinon nuisible, et à lui interdire à tort le mariage.

Si, en effet, un syphilitique vient vous consulter au sujet d'un mariage et que vous preniez l'herpès pour des plaques muqueuses, vous lui défendrez de se marier, tandis qu'il n'est porteur que de lésions inoffensives. Si, d'autre part, et c'est là une conduite logique, vous le bourrez de mercure, vous entretenez l'herpès par suite de l'irritation buccale qui survient forcément.

PÉDIATRIE

Tubage du Larynx.

Le tubage du larynx, condamné à être enterré vivant par l'Académie de médecine de Paris et la Société des hôpitaux, il y a trente-deux ans, a été exhumé par O. Dwyer qui l'a ramené bien portant à la lumière du jour.

Comme l'avait prophétiquement dit Malgaigne au jour de l'enterrement : « Qui sait si le tubage ne sera pas un jour pour le croup ce que la lithotritie est pour les pierres de la vessie ? Je vous conseille la prudence, je rejette toute conclusion blâmable, vous n'avez pas le droit de les accepter, car vous ne savez rien et vous ne pouvez dire que la trachéotomie soit l'unique moyen de s'opposer au croup quand les ressources médicales sont épuisées. Vous n'avez que des hypothèses qui ne vous permettent d'approuver ni de blâmer le tubage. »

C'est Malgaigne *seul* qui avait raison avec moi. On enterre le tubage, mais celui qu'on croyait avoir tué n'était pas mort, ses ennemis ne s'attendaient pas à sa reviviscence. Il vient de renaître en Amérique où depuis quelques années il a donné des centaines de guérisons, et il vient enfin de reparaître tout éclatant de succès au Congrès international de Berlin.

M. O. Dwyer, chargé du rapport sur la question, a montré et décrit son manuel opératoire dans un long mémoire rempli de faits les plus concluants.

M. Ranke (de Munich) a ensuite lu un travail analogue très détaillé où il a raconté les guérisons qu'il obtient par le tubage et M. Widerhofer a donné dans un grand mémoire une statistique de ce même tubage qui lui a donné 40 % de guérisons.

C'est alors que, pouvant à mon tour prendre la parole, exposer mes idées, montrer mes instruments, mon manuel opératoire et pratiquer le tubage devant tous sur un larynx, apporté dans ce but, j'ai pu dire :

Je suis heureux de saluer ici M. O. Dwyer et de le féliciter d'avoir pu faire adopter par ses collègues et compatriotes l'opération du *tubage du larynx* ou *intubation* que j'ai imaginée en 1858, il y a trente-deux ans et qui n'a pas été acceptée en France. Elle y a même été condamnée par les corps savants officiels de la façon la plus sévère et sa pratique est devenue impossible.

Vous savez ce dont il s'agit :

Dans les cas d'asphyxie croupale ou autre sténose du larynx, donner de l'air par l'ouverture supérieure du larynx, au moyen d'un tube placé à demeure, au lieu de faire la trachéotomie.

C'est ce que j'ai appelé *tubage du larynx* ou *intubation*, j'ai été amené à ce fait par la difficulté de la trachéotomie, par les morts qu'elle entraîne pendant l'opération, et par l'auto-infection diphtéritique de la plaie qu'elle entraîne fort souvent.

Il m'a paru que le fait de placer un tube dans le larynx en passant par le pharynx était plus facile et moins dangereux que d'ouvrir la trachée.

J'ai donc fait fabriquer de petits tubes longs de 4 à 5 centimètres, de différents diamètres, selon l'âge des sujets et le diamètre du larynx, tubes garnis à la partie supérieure d'un petit bourrelet

destiné à se loger dans les ventricules du larynx et à servir de point d'arrêt dans ces ventricules. Un petit trou est à la partie supérieure pour le passage d'un gros fil de soie destiné à maintenir et à retenir le tube.

Ce tube est conduit sur une sonde creuse dans la courbure d'une sonde ordinaire d'homme et percée à son extrémité.

La sonde porte-canule ayant la canule adaptée au bout et étant retenue par le fil de soie, on introduit entre les dents le doigt indicateur gauche, garni d'un anneau métallique protecteur, laissant la phalangette libre jusqu'au fond de la gorge pour toucher l'épiglotte et l'ouverture supérieure du larynx.

Guidé par ce doigt gauche, la main droite armée de la sonde portant la canule choisie, l'introduit dans le pharynx, puis dans le larynx, ce qui est facile; un bruit d'air sortant par la sonde, indique qu'on est dans les voies aériennes.

On retire la sonde en laissant la canule dans le larynx, arrêtée par son bourrelet moyen qui se loge dans les ventricules.

Le fil de soie est assez long pour sortir de la bouche et être fixé autour du cou. Ce qui permet de retirer la canule, quand on veut, sans le secours d'aucun instrument.

L'expérience apprendra quel diamètre de canule il faut prendre selon l'âge des enfants et elle apprendra vite la manœuvre de l'opération.

Je l'ai pratiquée 10 fois et j'ai obtenu trois guérisons, ce qui est la proportion ordinaire, et j'ai été empêché de continuer par des circonstances indépendantes de ma volonté et qu'il est inutile de dire ici.

Tel est le *tubage français*, précurseur du *tubage américain*. L'avenir démontrera quel est le meilleur des deux procédés, mais je crois que le premier est plus simple, plus pratique et plus facile que le second. Mais qu'importe, pourvu que l'on guérisse. M. O. Dwyer et ses collègues en Amérique, en Autriche, en Allemagne ont fait des milliers de tubages avec 40 % et plus de guérisons. C'est tout ce qu'il y a de plus encourageant et c'est plus qu'il n'en faut pour établir que mon *idée de tubage* était excellente et que seul j'avais raison en 1858 contre ceux qui se sont ligués contre cet immense progrès. Honneur à M. Dwyer de l'avoir démontré.

Voici maintenant les instruments.

Une série de tubes de quatre centimètres et de diamètre différent pour s'adapter aux diamètres variables des différents âges de l'enfant. Au milieu de ces tubes un bourrelet qui se place dans les ventricules du larynx entre les cordes vocales. Différents mandrins de diamètre différent selon le diamètre des canules et un anneau métallique protecteur du doigt qui se place entre les molaires droites pour maintenir la bouche ouverte.

Sur ce larynx d'un enfant de 5 ans j'introduis la canule et vous voyez qu'elle reste en place, en permettant à l'épiglotte de s'abaisser, ce qui facilite le passage des aliments et des boissons sans qu'il soit nécessaire de recourir à la sonde. C'est là le grand avantage de mes instruments, et vous voyez enfin que pour retirer la canule il suffit de tirer sur le fil de soie, sans avoir besoin d'aucun instrument.

Après cette communication, le président M. Rauchfus, professeur médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés à Saint-Pétersbourg, s'est levé et a proposé un ordre du jour motivé disant : que M. Bouchut avait le premier pratiqué de nombreux tubages sans faire adopter la méthode par les médecins, que M. O. Dwyer, avec une instrumentation différente, l'avait répandue dans toute l'Amérique du Nord et que la science devait nous en témoigner de la reconnaissance.

Puis il a mis ma main dans celle de M. O. Dwyer en y ajoutant la sienne aux applaudissements unanimes de cette assemblée de médecins de toutes les nations.

Dr Bouchut.

(*Paris-Médical.*)

CONGRÈS DE BERLIN

(Fin).

Origine et traitement du diabète sucré.

M. *Seegen* (de Vienne). — J'ai reconnu depuis longtemps qu'il faut distinguer deux formes de diabètes sucrés : l'une, dans laquelle l'élimination du sucre ne se produit que lorsqu'on donne des aliments hydro-carbonés ; l'autre, où l'élimination du sucre est complètement indépendante de la nature de l'alimentation. J'ai démontré, je crois, que la formation du sucre, comme le pensait Cl. Bernard, est un phénomène normal et qu'elle est une des fonctions des plus importantes de la physiologie.

Le foie produit incessamment du sucre ; la présence constante du sucre dans le foie des animaux le prouve suffisamment, et, plus encore, le fait que le sang contient plus de sucre en sortant du foie qu'à son entrée dans cet organe.

Le sucre n'est pas, comme l'a pensé Bernard, un produit de transformation de la substance glycogène, car, après la mort, la quantité du sucre du foie augmente de 0.4 à 2 et 3 0/0, tandis que la quantité de l'amidon hépatique reste invariable.

Le sucre dérive des substances albuminoïdes et des graisses. En effet, l'alimentation exclusive par ces substances ne diminue en rien la quantité du sucre.

On peut calculer que le sang sus-hépatique de l'homme verse 5 à 600 grammes de sucre en vingt-quatre heures. Dans la circulation, il est consommé par les tissus. Dès qu'on soustrait le foie au torrent circulatoire, le sucre du sang diminue et disparaît. Cette formation du sucre emploie une quantité considérable de carbone qu'elle emprunte aux aliments.

L'amidon du foie est emprunté essentiellement aux hydrocarbures ; l'alimentation par la graisse diminue la quantité d'amidon hépatique, l'alimentation par la viande la maintient à 2,3 %, tandis que, par une alimentation hydrocarbonée, elle s'élève à 12 %. Cette substance se transforme probablement en graisse et constitue une réserve organique.

A la lumière de ces faits expérimentaux, nous comprendrons beaucoup mieux la physiologie des deux formes de diabète dont nous parlions au début. Dans l'une, le sucre éliminé ne résulte que de la transformation des hydrocarbures ingérés ; le foie a perdu alors la faculté de les transformer en glycogène ou d'utiliser ce produit. Les cellules hépatiques ont donc perdu en partie leur activité

fonctionnelle. Dans la seconde, le sucre est éliminé, alors même qu'il n'y a pas trace d'hydrocarbure dans les aliments. Il s'agit donc d'un sucre qui est formé par l'organisme et qui, normalement, devait être dédoublé. Les cellules du corps du diabétique ont perdu la faculté de décomposer le sucre qui ne sert plus à la nutrition. La première forme est compatible avec une vie prolongée, la seconde ne peut aboutir qu'à une mort rapide. Pourquoi, dans un cas, la cellule hépatique a-t-elle perdu ses fonctions ? Pourquoi est-ce la cellule en général qui les a perdues dans le second ? Nous ne pouvons le dire.

Nous savons seulement que les affections nerveuses, les chagrins, peuvent provoquer le diabète. La morphine, le chloroforme, le curare, qui altèrent le système nerveux, diminuent la décomposition du sucre ; enfin, Hering et Minkowski nous ont montré que l'extirpation du pancréas entraîne chez l'animal un diabète permanent.

Les malades de la première forme supportent facilement l'élimination du sucre ; ils la supportent même mieux au bout de quelque temps qu'au début de la maladie, à condition qu'ils puissent avoir une abondante nourriture en graisse et en albumine.

La glycosurie, si faible qu'elle soit, doit être considérée comme un état pathologique.

Les diabétiques de la première forme peuvent survivre même vingt années et se porter assez bien.

C'est le régime qui est l'élément capital du traitement chez les diabétiques. Nous ne pouvons atteindre le diabète dans sa cause que nous ne connaissons pas. Notre tâche consiste donc à empêcher, autant que possible, la formation du sucre.

Nous ne pouvons y réussir que dans la première forme en limitant l'alimentation aux corps gras et albumineux. Je n'ai jamais vu, comme Cantani, survenir une guérison grâce à ce régime, et je crois que le diabétique qui est arrivé à un état de santé satisfaisant par cette diète exclusive s'expose beaucoup en essayant de revenir au régime ordinaire. Mais, comme le régime exclusif est difficile à suivre longtemps, il vaut mieux autoriser le patient à y ajouter des légumes verts, des fruits et 40 à 60 grammes de pain par jour. Je ne me sers pas de pain de gluten qui n'offre aucune garantie et n'est pas agréable au goût. Néanmoins, le régime exclusif de la viande est nettement indiqué quand il s'agit de savoir si l'on a affaire à la première ou à la seconde forme, quand le malade subit un traumatisme et que la plaie devient gangréneuse ou qu'une opération chirurgicale doit être entreprise. Le vin est permis, sans excès, ainsi que la bière en petite quantité (1/2 litre.)

Chez les diabétiques de la seconde forme, la suppression des hydrocarbones n'a d'autre effet que de diminuer l'élimination du sucre, mais il n'y a pas un grand intérêt à leur imposer un régime désagréable pour obtenir un faible résultat.

Les eaux minérales alcalines (Karlsbad, Vichy) augmentent certainement la tolérance pour les hydrocarbones. Les eaux arsenicales sont utiles chez les enfants. Le séjour au Midi m'a rendu de grands services.

M. *Cantani* (de Naples). — J'ai toujours dit que j'avais de très nombreuses guérisons et je tiens à expliquer cette contradiction avec les orateurs précédents. Elle vient en partie de ce qu'en Italie les diabètes de nature *alimentaire* sont très fréquents, ceux d'origine *névrogène* sont rares. Ces derniers sont bien incurables et paraissent être beaucoup plus fréquents en Allemagne et en France que chez nous. Du reste, en parlant de guérison, j'admets aussi que, dans la plupart des cas, celle-ci n'est que relative, c'est-à-dire que l'administration de doses excessives d'hydrates de carbone peut, avec le temps, amener de véritables rechutes. Je n'emploie pas non plus généralement un régime absolument exclusif, je donne des graisses comme aliment d'épargne, pour remplacer les hydrates de carbone que j'exclus totalement, et des albuminoïdes : viande, poisson, œufs, mais pas de lait du tout.

J'ai traité environ 1,200 cas de diabète ; plusieurs sont guéris, c'est-à-dire qu'ils supportent au bout de quatre mois de traitement, un régime mixte sans présenter de nouveau de glycosurie. Je connais des malades restés ainsi sans récidives depuis 1870, pourvu qu'ils ne prennent pas de sucre ou d'hydrates de carbone en excès.

Je n'approuve pas l'emploi de l'opium ; il est vrai qu'il peut diminuer la glycosurie, mais cela provient de la diminution de l'absorption, coïncidant avec l'affaiblissement des malades.

M. *Minkowski* (de Strasbourg). — Les expériences que j'ai exécutées avec M. von Mering *prouvent* que beaucoup de cas de diabète proviennent d'une maladie du pancréas. C'est la gravité de l'affection de cet organe qui règle la gravité du cas de diabète.

M. *Reali* (de Naples) fait part des expériences qu'il a faites avec M. de Renzi (de Naples). Voici leurs conclusions :

1° Le diabète expérimental peut être produit par l'extirpation de divers organes qui sont, dans l'ordre de leur importance ; *a*) le pancréas ; *b*) le duodénum ; les glandes salivaires.

La glycosurie ne survient pas après toute extirpation totale du pancréas chez les animaux, mais seulement dans 75 % des cas. Au diabète pancréatique observé par von Mering et Minkowski, il faut, d'après nos expériences, ajouter encore le diabète intestinal et le diabète salivaire.

L'observation clinique montre que la perte du suc des glandes salivaires provoque quelques-uns des symptômes diabétiques les plus importants. Les résultats des expériences sur les animaux sont confirmées complètement par l'observation clinique.

Il est très probable que l'organisme contient un ferment qui se trouve en quantités variables dans les divers organes et qui détruit le sucre.

2° Quant au traitement, il devrait être uniquement diététique. L'alimentation la plus favorable consiste en légumes verts frais et, en seconde ligne, en viande. L'alimentation la mieux supportée à la longue est le régime mixte, composé de viande et de légumes verts frais.

M. *Lépine*. — Les précédents orateurs ont eu le tort de ne pas tenir compte, dans la pathogénie du diabète, du ferment glycolytique dont j'ai fait connaître l'existence il y a quelques mois. Il est absolument hors de doute, et au-dessus de toute contestation possible, que le sang d'un chien rendu diabétique par l'ablation du pancréas, ne perd pas son sucre aussi rapidement que le sang d'un chien sain ; et de nombreuses expériences,

que j'ai faites avec la collaboration de M. Barrat, chef des travaux chimiques de mon laboratoire, prouvent que ce fait tient à ce que le sang d'un chien diabétique renferme *moins de ferment* glycolytique.

Sans doute, il y a beaucoup de diabète chez l'homme où l'hyperproduction du sucre paraît jouer un plus grand rôle que la diminution de sa destruction dans les tissus. Néanmoins, on peut espérer qu'on sera utile aux diabétiques, en général, si on parvient, grâce à la notion nouvelle du ferment glycolytique, à augmenter chez eux la destruction du sucre.

Une pseudo-tuberculose mycosique.
(Pneumopathie des gaveurs de pigeons).

MM. *Dieulafoy*, *Chantemesse* et *Widal* ont suivi l'évolution d'une pseudo-tuberculose d'origine mycosique sévissant sur les jeunes pigeons venus du Mâconnais ou d'Italie et vendus sur les marchés de Paris. Parmi ces animaux, il en est qui sont atteints d'une maladie de la bouche désignée vulgairement du nom de chancre. Les auteurs s'accordent à considérer cette lésion comme le produit de la diphtérie des pigeons, mais nous avons reconnu qu'à côté de ces tumeurs buccales, d'origine diphtérique, il existait d'autres tumeurs dues à la végétation d'un champignon. Les animaux atteints de cette mycose présentent des lésions restant parfois localisées à la cavité buccale, mais qui, le plus souvent, se généralisent au poumon, au foie et plus rarement à l'œsophage, à l'intestin, aux reins. La lésion localisée au plancher buccal prend la forme d'un nodule blanchâtre d'apparence caséeuse, du volume d'un pois à celui d'une petite noisette. Dans le poumon elle affecte la forme de granulations tuberculeuses typiques représentées par des tubercules miliaires tantôt transparents, tantôt opaques, isolés, disséminés ou agglomérés en masses caséeuses, à la façon des tubercules de Laënnec. Ces tumeurs ne renferment pas de bacilles de la tuberculose, mais contiennent à leur centre un mycélium de champignon. Des cultures faites dans le laboratoire de M. le professeur Cornil avec l'aide de M. Fayod, nous ont montré que ce champignon présentait tous les caractères de l'aspergillus fumigatus. Les spores ne germent pas au-dessus de 15° et son mycélium prospère surtout à une température voisine de celle du corps humain. La culture au début revêt une couleur verdâtre qui bientôt vire à la teinte terreuse ou grisâtre.

En inoculant des spores de l'aspergillus fumigatus ainsi cultivé à des pigeons, nous avons obtenu expérimentalement, suivant la voie d'inoculation et suivant la dose inoculée, une évolution plus ou moins rapide des différentes lésions tuberculeuses qui se développent spontanément chez ces animaux. L'inoculation pratiquée dans la veine axillaire du pigeon amène la mort en 3 ou 4 jours. Les lésions tuberculeuses portent alors principalement sur le foie qui est farci de granulations miliaires, moins grosses qu'une tête d'épingle ; le poumon ne contient que quelques granulations très petites et discrètes.

Injectées dans la trachée les spores tuent les animaux en un temps plus long variant de 10 à 20 jours suivant la dose. Les lésions sont alors prédominantes dans le poumon où les tubercules agglomérés peuvent simuler des blocs d'infiltration pneumonique ou former des masses caséeuses.

Les lésions histologiques, qui sont de tous points comparables à celle de la tuberculose bacillaire, sont particulièrement intéressantes à étudier dans les différentes formes de cette mycose. Sur une coupe du poumon, colorée par la méthode de Weigert, on voit une grande quantité de nodules tuberculeux entourés à leur périphérie de cellules géantes.

On peut suivre facilement l'évolution de ces nodules. Les plus jeunes sont formés par une agglomération de cellules leucocytiques ou épithélioïdes autour d'un ou de plusieurs rameaux mycéliques. Les granulations plus anciennes présentent à leur centre un feutrage de mycélium dont les rameaux entrelacés se colorent mieux à la périphérie, au voisinage immédiat des cellules géantes. Dans certains cas, le tubercule est uniquement représenté par une très grande cellule à noyaux multiples, dont le protoplasma contient une ramification de mycélium, soit vivante et bien colorée, soit altérée dans sa structure, moniliforme, décolorée et comme en partie digérée par la phagocytose, pour dire le mot.

Les rameaux mycéliques apparaissent parfois disséminés et espacés au milieu d'une grande masse de cellules dites embryonnaires.

Quelques-uns de ces tubercules ont atteint l'évolution fibreuse ; le centre n'est plus représenté que par un protoplasma fibrillaire contenant de petits blocs bleuâtres, vestige du champignon, ou même ne renfermant plus rien, comme si le tubercule avait détruit le parasite, preuve d'une guérison locale.

Autour de ces tubercules, l'infiltration leucocytique s'étend parfois jusque dans les alvéoles adjacentes, constituant ainsi des blocs de pneumonie, sillonnés de vaisseaux à volume variable.

Certains de ces vaisseaux sont remplis d'un coagulum de globules blancs, les autres sont dilatés et gorgés de globules rouges. Cette congestion sanguine prétuberculeuse est toujours développée.

L'aspergillus peut végéter dans les canaux bronchiques et pousser ses prolongements jusqu'à la surface de la plèvre, qu'il recouvre alors d'une couche de moisissure.

Nous avons pu saisir dans un cas un des modes étiologiques de la maladie. Chez un de nos pigeons morts de tuberculose mycélique spontanée, nous avons trouvé dans une bronche une graine alimentaire formant le centre de l'infiltration tuberculeuse du poumon. Ce corps étranger avait évidemment servi de véhicule aux spores de l'aspergillus.

Il y a longtemps déjà que des moisissures ont été retrouvées dans les sacs aériens de certains animaux et surtout des oiseaux. Les premières observations, celles de A. C. Mayer notamment, remontent au commencement de ce siècle. En ces dernières années, Grawitz s'est attaché à démontrer les qualités infectieuses de certains aspergillus, en injectant leurs spores dans le système circulatoire du lapin et Lichteim a prouvé que le rôle prépondérant revenait à l'aspergillus fumigatus.

La propriété de déterminer des lésions simulant macroscopiquement le tubercule avait été signalée par M. Bouchard en 1864, et Laulanié en 1884, étudiant la pneumonie déterminée expérimentalement chez le lapin, par injection dans le sang de spores de l'aspergillus glaucus, décrivait des

follicules développés dans l'intérieur des capillaires.

Aujourd'hui que la question des pseudo-tuberculoses est à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de démontrer qu'il existait une tuberculose mycosique aspergilleuse dont les diverses lésions histologiques sont calquées sur celle de la tuberculose commune. Cette maladie doit prendre rang à côté des pseudo-tuberculoses microbiennes signalées en ces derniers temps.

Cet aspergillus fumigatus possède des propriétés pathogènes envers un grand nombre d'espèces animales. Chez le canard, au cours d'une épizootie ayant sévi au Jardin d'Acclimatation de Paris, M. Cornil a reconnu l'existence d'une tuberculose due à la végétation de ce champignon. Chez un singe, auquel nous avions injecté quelques spores dans la trachée, nous avons retrouvé dans les bronches une végétation mycélique.

L'aspergillus fumigatus étend jusqu'à l'espèce humaine ses propriétés pathogènes, et le contact avec des animaux contaminés est susceptible de déterminer chez l'homme des pneumopathies particulières.

Il existe à Paris une classe d'individus exerçant la profession de gaveurs de pigeons. Chez eux, il est de notion vulgaire que le gavage occasionne à la longue une maladie chronique du poumon. Nous avons pour notre compte observé trois gaveurs atteints d'une pneumopathie, dont l'évolution est celle de la tuberculose pulmonaire chronique. Elle est caractérisée par de l'essoufflement, de la toux, de l'expectoration purulente, de petites hémoptysies à répétition et parfois des manifestations pleurales. L'examen de la poitrine décèle des signes de bronchite et d'induration pulmonaire, en général localisée, se révélant par la faiblesse de la respiration et un peu de submatité. La température est relativement peu élevée et cependant les malades pâlissent, maigrissent et passent par des périodes d'aggravation et d'amélioration. Chez l'un deux, nous suivons ces alternatives depuis plus de deux ans. Dans aucun cas nous n'avons constaté la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

La similitude des symptômes présentés par ces trois hommes exerçant le même métier, nous a fait rechercher si leur maladie ne relevait pas d'une même cause inhérente à leur profession.

Partant des faits cliniques, nous avons été amenés à étudier la pseudo-tuberculose des pigeons, dont nous avons retracé l'histoire.

Les gaveurs attribuent leur maladie pulmonaire à leurs efforts d'expiration constants. Pour pratiquer le gavage, ils emplissent leur bouche d'un mélange d'eau et de graines, puis, ouvrant le bec de l'animal, il y appliquent leurs lèvres pour chasser par expiration une partie du mélange. Chaque homme, dans certains établissements, peut gaver ainsi quelques milliers de pigeons par jour.

Ce n'est pas à cette origine mécanique qu'il faut, suivant nous, attribuer leurs pneumopathies, mais vraisemblablement à l'aspergillus puisé soit à la surface des graines dont ils s'emplissent la bouche, soit au contact direct de la tumeur des pigeons.

La preuve absolue du diagnostic en pareille matière ne peut être fournie que par une autopsie, mais l'examen microscopique et l'inoculation des crachats de nos malades nous ont fourni des résultats remarquables. A plusieurs reprises, mais non régulièrement, nous avons constaté dans l'expectoration sanguinolente la présence de petits filaments portant une ou deux ramifications que l'on pouvait considérer comme des fragments de mycélium. L'inoculation d'un crachat de malade à un pigeon a produit une fois une tuberculose mycosique due à l'aspergillus fumigatus. D'autre part, chez un homme aujourd'hui en voie de guérison et qui rendait une expectoration muco-purulente teintée de sang l'ensemencement des crachats sur des tubes de gélose mis à l'étuve a fourni la culture d'une colonie du même aspergillus.

Ces faits sont à rapprocher de ceux où l'on a constaté chez l'homme la présence de l'aspergillus fumigatus.

Les maladies de l'oreille causées par le développement de ce champignon et signalées pour la première fois par Meyer en 1844 ont été depuis fréquemment observées, comme en témoigne le mémoire récent de Siebounmann. L'aspergillus a été rencontré aussi dans les fosses nasales et sur la conjonctive. Mais les cas où l'on a pu constater sa présence dans le poumon de l'homme intéressent plus particuliérement notre sujet. Pour ne citer que les faits les plus importants, nous signalerons les quatre cas observés par M. Virchow en 1856, celui de Friedreich, de Würzbourg, de Dusch et Pagenstecher, le cas de Furbringer dont le diagnostic, en raison de l'examen des crachats, fut porté pendant la vie du malade et vérifié à l'autopsie et enfin celui plus récent de Lichtheim où l'aspergillus fumigatus fut nettement caractérisé.

Puisque des pneumopathies aspergilleuses ont été parfois signalées chez l'homme, nous sommes en droit de soupçonner la même affection chez nos malades en raison des qualités de leur expectoration et de leur contact prolongé avec des animaux ou avec des graines alimentaires contaminées par le même aspergillus.

Notre but en présentant cette note n'a donc pas été d'étudier seulement une pseudo-tuberculose mycosique intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique, nous avons voulu aussi appeler l'attention des médecins et des hygiénistes sur une variété rare de pneumopathie causée par la présence d'un champignon.

SECTION D'ORTHOPÉDIE.

Traitement précoce du pied-bot congénital.

Par le Dr BILHAUT, de Paris.

Aprés avoir exposé quelques généralités sur le pied-bot congénital, sa pathogénie, ses lésions anatomo-pathologiques et son traitement chirurgical, l'orateur émet l'avis que la cure de cette malformation serait des plus simples, si l'on n'avait la fâcheuse habitude de laisser s'écouler plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années, avant de s'occuper de cette difformité.

Pour le Dr Bilhaut, tout pied-bot cóngénital devrait être soigné dés les premières semaines qui suivent la naissance. A cette époque la réduction est facile, elle n'exige aucune opération sanglante, aucune manœuvre de force. Quand le pied a été convenablement réduit, il faut le laisser plusieurs semaines dans sa nouvelle attitude.

Trente observations publiées en partie dans les *Annales d'orthopédie* ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

1° le traitement le plus efficace contre le pied-bot est le traitement précoce ;

2° il est absolument inoffensif ;

3° le redressement doit être complet, le pied doit être amené à l'angle droit, et maintenu dans cette position jusqu'à guérison :

4° quand on fait l'immobilisation, on doit placer le pied dans une situation exactement semblable à celle du pied sain et ne pas transformer une déviation en une autre ;

5° des divers appareils à employer, le plus utile, c'est le bandage roulé avec attelle contentive en gutta-percha ;

6° chez le nouveau-né, les opérations sanglantes sont inutiles, parfois dangereuses, et le redressement manuel suffit.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La revision de la loi sur l'exercice de la médecine et l'enseignement jugés par une Ecole secondaire.

Les écoles secondaires, par un *manifeste* de l'école de *Clermont-Ferrand*, font entendre leurs doléances au parlement.

Le manifeste repousse, bien entendu, la liberté de l'exercice de la médecine. Il veut que l'Etat donne une licence d'exercice à toute personne qui prouvera un *minimum* de connaissances médicales. Il applaudit à la suppression du titre *d'officier de santé* et demande la création du grade de *licencié*. Le grade de *docteur en médecine* cessera d'être un titre professionnel, un titre universitaire.

Le titre de licencié, et nul autre, conférera le droit de s'intituler *médecin*.

Les professeurs de Limoges n'ont pas assurément voulu la rétroactivité. Ils ne voudraient pas enlever aux *docteurs* le droit de se prévaloir de ce titre, si bien entré dans les mœurs, que les *officiers de santé* en ont, sans grand inconvénient, le bénéfice dans leurs rapports avec leurs clients.

Donc, si leur réforme était admise, elle serait de longue portée ; car il passera de l'eau sous les ponts avant que tous les *docteurs* soient morts.

N'est-il pas plus simple de ne faire que des *docteurs en médecine* possédant ce minimum de connaissances médicales qu'ils imposent aux *licenciés* ? Nous ne voyons, en aucune façon, pourquoi, pour aller exercer en province, on doit posséder moins de connaissances médicales que pour exercer à Limoges, qui aura, elle, les nouveaux (ou les anciens) docteurs en médecine.

Nous espérons bien que cette visée de l'Ecole de Limoges ne prévaudra jamais. Autant en rester au statu quo !

Le manifeste de *Limoges* fait ensuite ressortir les avantages que présentaient les Ecoles secondaires et le coup que leur a porté la multiplication des facultés ; *des Facultés sans élèves*, dit-il ; des facultés *onéreuses* à l'Etat ; des Facultés où bien des chaires sont *sans auditeurs* ; des Facultés enfin qui menacent de pulluler ; des Facultés où, pour attirer les élèves, on les oblige à subir un examen de *Doctorat chaque année*, au lieu de faire subir seulement des examens de fin d'année et tous les examens probatoires la 5e année. Sur ce chapitre des *Facultés*, le manifeste dit de fort bonnes choses.

Si l'*Ecole de Limoges* voulait se joindre à nous pour demander que les médecins, les *médecins non professeurs*, eussent voix au chapitre du *Conseil supérieur*, dans ce Conseil ainsi modifié, les questions d'enseignement seraient envisagées dans une juste mesure au point de vue du père de famille qui fait de son fils un médecin. Cette intervention du suffrage des praticiens, on l'invoquera tôt ou tard ; s'ils ne possèdent aucune influence, c'est parce que les médecins forment un nombre et non un corps. Il faudra aviser à constituer ce *corps médical* pour que sa voix soit écoutée.

H. C.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Circulaire et questionnaire, qui ont été adressés par le Secrétaire de l'Union, par suite de la récente décision du Bureau.

Très honoré Confrère,

Au moment où le Gouvernement s'occupe, enfin, de nombreux projets de lois intéressant le corps médical : exercice de la médecine, assistance publique, déclaration obligatoire des maladies contagieuses, etc., il est absolument indispensable que toutes les Associations de médecins et en particulier les Syndicats, qui se sont déjà tant occupés des questions professionnelles, les mettent à l'étude et donnent leur avis motivé.

Il est indispensable également que leurs travaux soient centralisés et le Bureau de l'Union des Syndicats est naturellement chargé de ce soin.

Pour cela, j'ai été chargé par le Bureau de me mettre en rapport avec tous les Présidents.

Je les engage à envoyer leurs travaux régulièrement au Bulletin des Syndicats, qu'ils soient adhérents ou non à l'Union ; de cette manière tout le monde en profitera.

Quelques Syndicats n'ont pas mis au courant du roulement de leur bureau, et même de la composition, quelquefois changeante, des membres de leur Société, chose nécessaire pour que le Bulletin soit envoyé directement à tous.

Pour toutes ces raisons, je vous prie de répondre dans le plus bref délai au questionnaire ci-joint.

Veuillez agréer, très honoré Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr H. LÉCUYER,
de Beaurieux (Aisne).
Secrétaire-adjoint de l'Union des Syndicats.

P.-S. — Si vous n'êtes plus président, ayez l'extrême obligeance de transmettre ma lettre à votre successeur.

QUESTIONNAIRE.

1° Votre syndicat existe-t-il toujours ?
2° Est-il adhérent à l'Union des Syndicats ?
3° Se réunit-il périodiquement ?
4° Envoie-t-il régulièrement les procès-verbaux de ses réunions, soit à l'Union des Syndicats, soit au Concours médical ?

5° Les membres reçoivent-ils régulièrement le Bulletin ?
6° Quelle est la composition actuelle du Bureau ?
7° Donnez la liste exacte de tous les membres du Syndicat ainsi que leur adresse.

Syndicat d'Aisne-et-Vesle (1).

31e SÉANCE. — 8e ANNÉE.

Séance du 1er juillet 1890.

Le mardi 1er juillet, les membres du Syndicat se sont réunis à Villers-Cotterets. Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à 2 heures.

Etaient présents ou représentés : MM. Bracou (de Vailly), président ; Ancelet (de Vailly) ; de Chateaubourg (de Paris) ; Vendrand, Préaux, Brassart (de Villers-Cotterets) ; Lefèvre, Faille (de Fismes) ; Dulieu (de Longueval) ; Manichon (d'Aulchy-le-Château) ; Gaillart (d'Hartennes) ; Woimant (de Soissons) et Lécuyer (de Beaurieux), secrétaire.

§

Exercice illégal de la médecine. — Lecture est faite du rapport de M. Lécuyer.

Les conclusions suivantes conformes au rapport sont adoptées :

Le syndicat émet le vœu que non seulement la loi de Ventôse an XI soit exécutée, c'est-à-dire que les diplômes soient enregistrés, mais encore que dans chaque commune la liste soit affichée au mois de janvier. Cette liste serait publiée dans le bulletin de la préfecture et tous les mois ledit bulletin enregistrerait le mouvement : décès, départ, arrivée des médecins *diplômés*.

Le syndicat décide également que ce vœu sera envoyé à l'Union des Syndicats.

Assurances maladies. — Le secrétaire annonce qu'un membre du Syndicat est en ce moment atteint d'une pleurésie et que la caisse d'assurances est en mesure de lui donner l'indemnité journalière de 10 fr. pendant sa maladie.

De la constitution d'un ordre des médecins. — Le président expose que, malgré un vote antérieur du Syndicat, il lui paraît juste, devant le charlatanisme éhonté de certains spécialistes, de mettre à l'etude, au moment où le gouvernement s'occupe de la réorganisation de l'exercice de la médecine, la question de la constitution d'un ordre des médecins.

A cet effet il avait convoqué à la séance de ce jour le Dr Surmay (de Ham), l'infatigable apôtre de cette création qui ne ferait, sans entraver aucunement notre liberté, que relever le prestige de la profession, en éliminant les gens malhonnêtes ou tarés. Notre distingué confrère n'a pu venir, mais il a envoyé la très intéressante lettre suivante.

« Je suis très heureux d'apprendre que le syndicat d'Aisne-et-Vesle a montré quelque sympathie pour mon projet d'institution d'un Ordre des médecins. Je voudrais que cette sympathie s'étendît à tout le corps médical et de là à nos députés et à nos ministres, mais nous sommes éloignés de cela à l'heure qu'il est.

Toutefois je ne puis qu'encourager tout ce qui sera fait au point de vue de la réalisation de ce que je persiste à regarder comme d'importance capitale et même urgente pour notre profession.

(1) Voir *Concours médical* du 26 juillet.

Il ne m'est pas possible malheureusement d'assister à la réunion à laquelle vous me faites l'honneur de me convoquer, mais vous pourrez trouver dans l'annuaire de l'Association générale (Exercices 1884 et 1885) (1) tous les documents relatifs aux débats qui ont eu lieu dans les assemblées générales de l'Association. Vous verrez que ma proposition n'a été rejetée qu'à la majorité de 32 voix contre 24.

Vous verrez en particulier qu'en Angleterre, depuis 1858, il existe sous le nom de « *General Council of medical education and registration of the united Kingdom* » une institution analogue à celle que je demande.

J'ajoute que depuis 1886 le conseil général de la médecine qui était nommé par la Reine est soumis à l'élection par les universités, les facultés et les médecins.

Si seulement on nous accordait en France ce qui existe en Angleterre, je serais satisfait, au moins pour le moment. »

Le président ajoute qu'il a lu avec intérêt les documents dont il est question et qu'il est absolument de l'avis du distingué médecin de Ham.

M. Lécuyer insiste ; il connaît des faits monstrueux qui ne tombent pas sous le coup de la loi, mais qui, s'il y avait un ordre des médecins, feraient suspendre ou interdire les médecins fautifs.

Il cite au hasard le médecin qui exerce deux spécialités différentes et sous deux noms différents, un à Paris et l'autre dans la banlieue.

Et, celui-ci qui traite les coups de pied de Vénus sans mercure, *dit-il*, mais qui bourre les provinciaux atteints, venus à Paris pour faire la fête, de ce même mercure qu'il leur envoie sous la rubrique, *article de Paris* ! De cette façon les légitimes ne se doutent de rien !

Et toutes ces consultations soi-disant gratuites dont on sort avec son ordonnance *chiffrée spécialement* pour un pharmacien désigné.

Pour toutes ces raisons, il est de l'avis du président et demande un vote favorable qui serait envoyé pour étude à l'Union des syndicats.

Adopté.

Association générale. — M. Lécuyer, délégué de la Société locale de Laon, Vervins et Château-Thierry, dit que la dernière réunion était nombreuse et intéressante.

M. Riant, secrétaire général, a constaté avec plaisir que jamais le mouvement des faits, jamais le mouvement des idées n'avaient atteint cette ampleur, que jamais études plus approfondies, plus généralisées des questions à l'ordre du jour n'avaient préparé les délibérations.

Naguère un de ses prédécesseurs constatait, par suite du défaut d'excitations périphériques, une diminution dans les mouvements réflexes et l'activité des centres nerveux représenté par le Conseil général.

M. Lécuyer revendique hautement pour les syndicats l'honneur d'avoir créé cette agitation et dans toutes les questions ce sont des présidents ou des secrétaires des syndicats, qui, par une étude approfondie, donnent cette activité à l'Association générale.

Deux questions principales étaient à l'étude :

1° La revision du décret de 1811 touchant les ta-

(1) J'engage tous les médecins à lire ces documents. En 1884, p. 136, 147, 148 et suivantes. En 1885, p. 159, 161 et suivantes. (*Note du secrétaire.*)

rifs médico-légaux ; tout le monde était d'accord ; aussi faut-il espérer une revision prochaine.

La question la plus intéressante était la reconnaissance de l'utilité d'une caisse d'assurances contre la maladie.

Or vous savez que, malgré le rapport contraire du Dr Lereboullet, malgré l'hostilité déclarée du Conseil général, cette question est restée à l'ordre du jour pour complément d'études.

Cette séance du 14 avril 1890, on peut le dire, a été remarquable tant par le nombre et la valeur des orateurs, parmi lesquels il faut citer, Pitres, Lande et surtout Cézilly, qui a enlevé le vote final, que par l'importance pour le corps médical des questions discutées.

Constatation des décès et déclaration de la cause de la mort. — Le président constate que dans l'Aisne elle est facultative et même que généralement elle ne se fait pas.

Le Syndicat, après en avoir délibéré, émet le vœu que la constatation des décès soit faite exactement, ainsi que la déclaration de la cause de la mort, mais à condition qu'il ne puisse y avoir aucune violation du secret professionnel.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Séance à Frismes le mardi 16 septembre.

Ordre du jour :

1° Renouvellement du bureau ;

2° Déclaration obligatoire des maladies contagieuses ;

3° Questions diverses.

Le secrétaire perpétuel, Dr H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

Congrès de Limoges. — Erratum

Dans le compte rendu du Congrès de Limoges, la communication du Dr Fanton (de Marseille) sur le choréoptisme a été inexactement rapportée (Voir *Concours médical,* n° 35, p. 413), nous écrit notre confrère.

Le deuxième paragraphe doit être modifié de la façon suivante :

« L'hypnose obtenue, je l'ai appliquée à la suppression des douleurs de l'enfantement ; ceci n'est pas nouveau, puisqu'au congrès de Paris je présentais 12 observations de l'influence de l'hypnose dans la grossesse et l'accouchement; ce qui est nouveau, c'est la régularisation du travail par la suggestion, l'apparition et la disparition des contractions utérines indolores au commandement. Dans trois cas personnels, j'ai pu obtenir une heureuse issue de l'accouchement et je présente aujourd'hui particulièrement une observation d'accouchement provoqué par la méthode suggestive dans un cas de rétrécissement du bassin. L'apparition des contractions utérines par la suggestion peut paraître de prime abord fort extraordinaire, mais elle s'explique très bien si l'on veut se souvenir, ainsi que le fait très souvent remarquer M. le professeur Mazail, de Marseille, dans ses cliniques, que les assistants et surtout les assistantes à un accouchement font inconsciemment des efforts similaires à ceux de la parturiente et qui bien des fois ont provoqué des accouchements prématurés ou des avortements.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Ragoneau, de Dijon (Côte-d'Or), présenté par M. le Dr Lalemand, de Norges.

M. le Dr Lauret, de Ducey (Manche), présenté par M. le Dr Fleury de Cloyes.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous souhaitons la bienvenue à la *Revue internationale d'Electrothérapie* de notre collègue le Dr *Gautier.*

L'Association des médecins de l'Ain. — Le tribunal de Belley, conformément à la requête des docteurs Bozonnet et Mocquin, a prononcé leur réintégration dans la Société qui les avait expulsés aux dépens de ladite.

L'Association des médecins de l'Ain vient de subir un nouvel échec devant la cour de Bourg, qui vient de statuer sur l'instance intentée par M. le Dr Parant contre l'Association médicale de l'Ain qui avait prononcé son exclusion.

Le jugement, tout en évitant de se prononcer sur le motif qui a fait exclure M. Parant, déclare que l'Association a violé ses statuts par cette exclusion et la condamne à réintégrer le demandeur dans les huit jours qui suivront la notification du jugement.

Ces décisions ne font que confirmer l'opinion émise par nous, à l'époque où se passèrent les faits soumis à l'appréciation des tribunaux.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois.

L'amour Morbide, étude de psychologie pathologique, par le Dr Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris, grand in-18 de 300 pages. Prix : 3 fr. 50. Remise de 20 % à MM. les membres du Concours médical, soit à envoyer un mandat de 2 fr. 80 pour recevoir *franco.*

Ce livre, essentiellement médical, « la mère en défendra la lecture à sa fille », présente un intérêt extraordinaire. L'auteur est déjà très connu du reste par son volume sur les « *habitués des prisons* ». Il nous suffit d'indiquer les chapitres pour engager tous nos confrères à le mettre dans leur bibliothèque : Chap. Ier. L'amour harmonique et l'amour morbide. — Chap. II. L'amour morbide dans l'antiquité. — Chap. III. Origines étiologiques de l'amour morbide. — Chap. IV. Le syndrome amour. — Chap. V. L'amour morbide chez les dégénérés supérieurs. — Chap VI. L'amour morbide dans la débilité mentale. — Chap. VII. L'amour morbide chez les imbéciles. — Chap. VIII. Les érotomanes. — Chap. IX. L'amour fétichique. — Chap. X. L'amour zoophilique. — Chap. XI. Les amoureux des enfants. — Chap. XII. La jalousie morbide. — Chap. XIII. Du meurtre par amour. — Chap. XIV. Du suicide par amour. — Chap. XV. L'amour morbide dans la littérature. — Chap. XVI. Traitement de l'amour morbide.

Avec des vues très originales, l'auteur s'est livré à un véritable travail de bénédictin pour rassembler les faits et démontrer que l'amoureux morbide est fou. Ecoutons la fin du volume : « Voici un jeune homme qui avait toujours mené une vie exemplaire. Il était l'orgueil et l'espoir des siens Un beau jour il s'est laissé séduire par les appas d'une drôlesse qui lui a pris et son âme et sa volonté. Pour satisfaire sa passion il ruine sa famille, il piétine sur le cœur de sa mère, il s'avilira peut-être jusqu'à un mariage déshonorant avec une prostituée, il ira jusqu'au crime même. La juste colère et les menaces d'un père, les pleurs d'une mère, les conseils, puis les sévérités des amis, qui ont fait le vide autour de lui, rien n'y fait. Et vous direz qu'il n'est pas fou, et vous hésiteriez à le traiter! mais alors ce serait approuver ses folies, etc., etc. ».

A lire aussi, par ces mois de vacance : *Un médecin de campagne au XIXe siècle*, par le Dr Jules Lafage. Prix, *franco* : 1 fr. 60 ; pour 2 fr., prix fort.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Impuissance du traitement marin contre les inflammations tuberculeuses.

On va répétant partout que les enfants atteints de tuberculoses locales (ganglionnaires, osseuses, articulaires) ne peuvent être mieux placés qu'au bord de la mer pour guérir de leurs lésions. C'est un cliché qui n'aura peut-être plus cours longtemps, puisqu'un ancien interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer, élève du Dr Cazin et interprète de sa pensée, le Dr Iscovesco vient d'en démontrer l'inanité. On a dit que les tuberculoses locales ne s'observaient jamais ou presque jamais chez les marins. Cependant Iscovesco a vu à Berck un enfant né et élevé au bord de la mer être atteint à 10 ans d'une double coxalgie ; il a constaté des adénopathies tuberculeuses chez des enfants nés et élevés à Berck ; chez un enfant entré à l'hôpital de Berck pour une tumeur blanche du genou, la tuberculose est si peu enrayée que la colonne vertébrale s'effondre dix-huit mois après. Les rechutes de coxalgie sont la règle dans cet hôpital, et bon nombre d'enfants amenés au bord de la mer dans une gouttière sans présenter aucun phénomène douloureux, éprouvent bientôt des crises douloureuses nocturnes et diurnes.

Sur 619 coxalgies soignées à Berck, il n'y a que 397 guérisons (64 %) et même bon nombre d'enfants réputés guéris au départ sont rentrés quelques mois après dans les hôpitaux parisiens. La mer n'améliore pas les ostéites et les ostéo-périostites ; elle ne dispense pas le chirurgien d'intervenir et d'enlever la portion d'os malade. Il est vrai qu'après l'opération le séjour à la mer favorise la convalescence.

Le climat marin ne guérit ni les abcès froids, ni les gommes tuberculeuses, si la chirurgie n'intervient pas par le drainage, le râclage et la cautérisation des fongosités tuberculeuses. Le lupus est aggravé et les engelures graves, qui sont souvent des lésions tuberculeuses suivant Cazin et Iscovesco, ne sont pas enrayées par le séjour à la mer. Les adénites n'en bénéficient guère, puisqu'elles n'y guérissent que dans la proportion de 75 %, et avec une moyenne de 449 jours de séjour. En somme les guérisons d'affections tuberculeuses qui surviennent à Berck font honneur à l'habileté chirurgicale et à l'expérience de M. Cazin qui les y soigne, voilà tout.

M. Iscovesco constate en revanche que la mer fait merveille dans deux cas : le rachitisme, — le lymphatisme sans lésions tuberculeuses actuelles. Il formule ainsi les indications et contre-indications du traitement marin :

1° Il faut rigoureusement proscrire la mer dans toutes les tuberculoses locales douloureuses ou présentant des tendances inflammatoires.

2° La mer agit surtout dans les deux premiers mois ; à partir de ce moment l'augmentation de l'appétit disparaît et les enfants retombent dans l'état antérieur à leur arrivée.

M. Iscovesco ajoute que la plage de Berck, absolument dénuée de végétation et exposée sans abri au vent du Nord, ne représente pas l'idéal pour le séjour de malades et que sur une plage pourvue de végétation on pourrait faire bénéficier les enfants d'un air maritime mitigé.

Les vraies causes de la dépopulation de la France.

M. *Javal* dissuade l'Académie de s'engager dans la discussion des conclusions de M. Lagneau ; mieux vaudrait soumettre aux pouvoirs publics le simple vœu de voir modifier les lois fiscales, militaires et civiles de façon à atténuer autant que possible la diminution volontaire de la procréation. M. Javal ne croit pas à la validité de l'objection tirée de l'impuissance des lois sur les mœurs ; car ce sont précisément les lois qui depuis un siècle ont eu pour effet d'entraver la natalité en France. Ces lois néfastes sont, — sans parler de la coutume de doter les filles qui a presque force de loi, — l'égalité de partage des héritages, la prédominance croissante des impôts de con-

sommation qui frappent les pères de famille proportionnellement au nombre de bouches qu'ils ont à nourrir, les lois militaires de 1872 et de 1889 « qui font perdre tous les ans à la France plus d'hommes que lui en coûterait la bataille la plus sanglante. »

M. Javal ajoute que ce n'est pas la partie la plus pauvre de la nation qu'il faut exciter à la reproduction, mais bien la partie la plus aisée. C'est moins par égoïsme et par désir de bien-être que les Français ne veulent pas avoir de nombreux enfants, c'est par amour paternel, chacun voulant voir ses enfants dans une position préférable à la sienne. C'est dans la classe moyenne que règne surtout ce sentiment. On ne voit de familles nombreuses qu'aux deux extrémités de l'échelle; qu'importe à l'ouvrier mineur ou tisserand qu'on modifie la loi sur les successions et la loi militaire ? Il ne laissera pas d'héritage et ses enfants seront mieux nourris sous les drapeaux que sous son toit. Il ne demande pas mieux que de faire beaucoup d'enfants, leur laissant le soin de se débrouiller comme ils pourront. Mais il n'y a guère de profit pour le pays à voir croître le nombre des enfants chétifs, élevés dans la misère, qui retomberont en grand nombre à la charge du public. Au sommet de l'échelle sociale il y a en France quelques milliers de familles riches et nombreuses : celles-là méritent à tous égards d'être encouragées, car elles font la grandeur et la force de la nation.

Mais c'est surtout dans la classe moyenne qu'il faut exciter la procréation et c'est pour elle qu'il est nécessaire de modifier nos lois dans un sens qui rende plus facile la vie des familles nombreuses.

M. Javal ne croit pas qu'il soit bien urgent de pousser les célibataires obstinés au mariage ; la plupart des *vieux garçons* ont quelque tare physique, de même que les vieilles filles ont été bien souvent désignées pour le célibat par une sélection judicieuse.

A citer dans le discours de M. Javal une pensée qui ne manque pas d'originalité et que Musset n'aurait pas accusée d'être entachée d'*humanitainerie* : « Si l'on pouvait, dit-il, revenir à Lycurgue et aider à mourir le lendemain de leur naissance tous les enfants mal constitués, on rendrait à la nation le service le plus signalé et je n'éprouve aucune admiration pour la philanthropie qui enlève le pain de la bouche des travailleurs pour entretenir à grands frais des milliers de non-valeurs dans les hospices. »

Derniers travaux sur la diphtérie.

MM. *Roux* et *Yersin* ont publié sur la diphtérie un troisième mémoire qui ne présente pas moins d'intérêt que les précédents. (1)

La diphtérie est caractérisée essentiellement au point de vue bactériologique par un bacille décrit par Klebs et Lœfler, et dont la présence dans les fausses membranes est un critérium. Il n'y a pas besoin d'une grande habileté en micrographie et en bactériologie pour le voir au microscope sur une coupe de fausse membrane et le cultiver sur sérum.

Du 11 avril au 26 mai, MM. Roux et Yersin ont examiné 80 enfants envoyés au pavillon de la diphtérie. Chez 61, on a trouvé le bacille spécifique : parmi eux 30 sont morts et 31 ont guéri après avoir été plus ou moins longtemps malades. Parmi ces cas il y a eu plusieurs faits de croup sans angine et les examens ont porté alors sur le mucus enlevé sur les amygdales et le pharynx. Malgré l'absence de fausses membranes, les cultures montrèrent des colonies spécifiques.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, d'après les *Annales de l'Institut Pasteur* (juillet 1890).

FEUILLETON

Tableau clinique de l'hystérie sénile.

On croit trop volontiers que l'hystérie disparaît quand survient la vieillesse. M. Maurice de Fleury, dans un mémoire original dont il a recueilli *les éléments* pendant son internat à Sainte-*Périne*, nous *montre bien* que l'hystérie peut persister jusqu'à l'âge le plus avancé ; on lira avec intérêt le tableau vivant qu'il nous donne de ce qu'est, moralement et physiquement, une vieille hystérique.

« Elle a de 50 à 75 ans, la figure ridée, presque toujours de faux cheveux et de fausses dents : elle n'aime pas qu'on aille la visiter de trop bonne heure, quand elle est au lit, dépeignée, son râtelier baignant au fond d'un verre, sa perruque à cheval sur le prie-Dieu. Bien rarement elle conserve les boucles à l'anglaise comme ses bourgeoises amies ; elles se fait fabriquer des frisons, grisonnants à peine, pour en orner son front.

Elle est le plus souvent négligée, très désordonnée, peu soignée dans l'intimité ; mais à votre première visite, si elle vous attend, elle se pare beaucoup au contraire, se fait très belle, orne sa chambre et manifeste un grand désir de plaire, anormal chez une vieille femme, presque pathognomonique chez la vieille hystérique. Car elle est pleine de prétentions, donne invariablement à entendre qu'elle a eu autrefois une fortune magnifique et que, malgré tous ses malheurs, il lui reste les plus belles relations mondaines. Elle oublie d'ailleurs aisément tout ce qu'elle vient de vous conter, pour vous dire que sa vie entière n'a été qu'un tissu d'infortunes, qu'elle est horriblement seule et délaissée, qu'elle a besoin d'affection, que son cœur cherche un cœur ami.

D'ordinaire, elle vous reçoit avec une froideur étudiée et de grandes manières, puis se familiarise brusquement jusqu'à vous conter, dès la première fois, des aventures très intimes, de préférence touchantes et sentimentales.

Pendant qu'elle vous parle, sa vieille figure, demeurée très mobile, exprime ardemment tout ce qu'elle veut dire ; elle s'alanguit, rêveuse et désolée, en vous mentant sur le passé, rit et montre ses fausses dents en vous racontant sa jeunesse, essuie volontiers une larme en disant que, Dieu merci ! la mort est proche qui la délivrera de cette abominable vie : puis tout à coup, elle vous supplie de la sauver, déclarant que son cœur est jeune et qu'il faut la conserver à l'amour de ses petits-enfants.

Bien qu'elle soit ordinairement à charge à sa famille, elle est persuadée que les siens ont grand besoin d'elle pour vivre. Pourtant, il est rare qu'elle puisse vivre avec eux ; le plus souvent, elle est brouillée avec ses enfants et ses gendres,

Chez 19 autres enfants, malgré les fausses membranes, il n'y avait pas de bacilles spécifiques, de telle sorte que MM. Roux et Yersin n'ont pas hésité à déclarer que ces malades n'étaient pas des diphthériques ; et, de fait, tous ont guéri et leur état général était bien différent de celui des enfants porteurs de bacilles. Quelques-uns avaient très peu de fausses membranes non adhérentes et qui ne se reproduisaient pas, de sorte que, cliniquement, on pouvait les considérer comme des diphthériques très douteux. D'autres, au contraire, avaient sur les amygdales et la luette des fausses membranes adhérentes, qui se reformaient très rapidement, malgré les badigeonnages antiseptiques, et le diagnostic d'angine diphthérique ne paraissait douteux à aucune des personnes exercées du service.

Cette recherche est donc du plus haut intérêt, puisqu'elle montre une fois de plus combien ce diagnostic est difficile ; mais, de plus, on a trouvé en très grand nombre, dans ces fausses membranes, différentes espèces de coccus qui en sont peut être l'origine ; et comme on sait déjà que les streptocoques donnent aussi des exsudats semblables à ceux de la diphthérie, il en résulte qu'il existe plusieurs espèces d'angines microbiennes à fausses membranes dont l'histoire n'est pas encore bien connue.

Les recherches de Roux et Yersin ont démontré que le bacille persistait dans la bouche aussi longtemps que l'enduit membraneux et disparaissait avec lui. Mais il arrive souvent qu'en prenant du mucus sur les amygdales ou le pharynx plusieurs jours après la disparition des fausses membranes, on y trouve des bacilles : on les a rencontrés ainsi trois jours, onze jours, quatorze jours après cette disparition, et peut-être, en multipliant les recherches, les trouverait-on plus longtemps encore. L'isolement des malades doit donc être longtemps prolongé.

Le bacille se conserve très longtemps vivant en dehors de l'organisme.

Ainsi, une fausse membrane, desséchée et placée dans du papier, est examinée après cinq mois de dessiccation, elle donne alors des cultures très nettes quoiqu'un peu moins rapides qu'avec une fausse membrane fraîche. Si les débris d'une semblable pseudo-membrane étaient tombés sur une couverture, sur un matelas ou sur un plancher, ils auraient été un danger pour ceux qui auraient été exposés au contact de leurs poussières.

D'un autre côté, une fausse membrane séchée, puis exposée au soleil et à la pluie, n'a rien donné au bout de six semaines. Sous l'action du soleil et de l'humidité alternant avec la sécheresse, le virus est détruit assez rapidement. Ce sont donc surtout les objets enfermés dans un lieu où l'air ne se renouvelle pas, à l'abri du soleil et de l'humidité, qui resteront longtemps dangereux.

A l'état humide, le virus ne résiste pas à une température de 58°, maintenue pendant quelques minutes. L'eau bouillante suffit donc toujours à désinfecter les linges et les objets souillés par les produits diphthériques. Mais le virus sec supporte, sans périr, une chaleur de 98° prolongée pendant plus d'une heure. La résistance du virus desséché aux diverses causes de destruction explique la persistance de la diphthérie dans certains locaux et fait comprendre pourquoi l'installation des pavillons d'isolement n'a pas suffi à supprimer les cas intérieurs dans certains hôpitaux, tandis que l'usage des étuves à vapeur sous pression les a fait presque disparaître aux Enfants-Assistés. Il faut mettre à l'étuve, non seulement les habits des enfants diphthériques, mais aussi la couverture dans laquelle on les apporte à l'hôpital et les vêtements des parents qui les conduisent.

---

ne les trouve jamais suffisamment respectueux et dévoués ; elle n'a pu demeurer avec eux, tant elle mettait fréquemment la querelle dans le ménage, et d'ordinaire, c'est elle qui exige de vivre à part, elle qui quitte ses enfants pour entrer dans une maison de retraite où l'on ne voit que gens aussi âgés que soi, où l'on n'a qu'à se laisser vivre, où l'on vit d'une vie nouvelle, assez semblable en somme à celle d'un pensionnat : cela n'est pas pour lui déplaire, car son esprit est plein d'enfantillages.

Rien n'est plus enfantin que sa manière d'orner sa chambre et de se parer elle-même.

Evidemment, elle a dû emporter tous les miroirs de la famille, tant il y en a dans sa chambre, alternant sur les murs avec des pastels aux tons tendres, quelques tableaux de genre représentant des scènes attendries ou de jeunes amants chastement enlacés, car sa nature est d'être plutôt sentimentale que franchement érotique. Les rideaux de fenêtre sont de couleurs violentes, jaune, rouge, vert clair, comme les tentures du lit et comme les tapis ; le lit est l'objet d'un culte spécial : elle y met, dans l'ombre des rideaux, une image pieuse, quelque Sacré-Cœur rouge et or, un miroir, des bouquets de fleurs artificielles.

Quand elle ne sort pas vêtue d'un peignoir défraîchi, elle se promène parée comme une vierge miraculeuse, vêtue de soie violette, coiffée d'un bonnet rose à rubans verts, ou bien en robe juvénile et claire, portant à profusion des bijoux, même faux. Non contente de porter perruque, elle se farde grossièrement. Il m'a été donné d'en rencontrer une qui plâtrait ses rides, noircissait ses sourcils et sa paupière inférieure, enluminait de rouge ses lèvres et ses joues, abritait tout cela, été comme hiver, sous un parasol en dentelles blanches à transparent rose, si bien qu'on la nommait « la reine de Saba ». Par les temps chauds, quand elle transpirait, les gouttes de sueur roulaient sur son visage, délayant, charriant toutes ces couleurs. Cette dame, jusqu'à la ménopause, avait mené, paraît-il, la vie la plus calme, la plus rangée : elle n'est devenue tout à fait excentrique que dans la vieillesse, en même temps qu'elle devenait sujette aux spasmes douloureux de l'œsophage, spasmes que l'on pouvait provoquer par la pression sur la région épigastrique.

Ces détails ont une réelle importance pour le diagnostic. Chez la vieille hystérique, le désir de plaire, et l'emploi de pareils moyens, sont des symptômes, au même titre que la boule hystérique ou une zone hystérogène.

Ce désir de plaire est de deux sortes :

Il est quelquefois amoureux, ce qui explique la fréquence des aventures sentimentales dans les maisons de retraite pour vieilles gens ; la vieille hystérique se fait une cour de vieux adorateurs, donne des soirées dans sa chambre, ins-

La virulence du bacille diphtérique est-elle toujours la même, quelle que soit la forme de la diphtérie observée ? Dans une première série de 53 cas mortels de diphtérie, MM. Roux et Yersin ont étudié les cultures pures provenant de ces malades. Or, toutes ont amené la mort très rapidement chez les cobayes. Le virus diphtérique, mortel pour l'homme, est donc aussi très meurtrier pour les animaux. Au contraire, dans une série de 47 enfants qui ont guéri, les résultats obtenus ont été très différents, quoique l'aspect extérieur des cultures ait été exactement le même. En effet, les deux tiers environ des animaux inoculés seulement sont morts, quelquefois dans un délai assez long, et un tiers n'a présenté que des accidents de gravité variable qui ont guéri ; quelques-uns même n'ont presque rien éprouvé.

Dans les diphtéries qui guérissent, on trouve donc des bacilles très virulents, des bacilles de virulence moyenne et des bacilles sans virulence pour le cobaye. En général, les diphtéries les plus anodines sont celles qui ont donné les bacilles les moins actifs. Ce n'est pourtant pas là une règle absolue et il n'est pas rare d'isoler d'une angine bénigne des microbes virulents ; il arrive aussi que la même fausse membrane fournit des colonies virulentes et d'autres qui ne le sont pas. Ces faits expliquent que des cas d'apparence bénigne, souvent méconnus, soient le point de départ d'épidémies graves. De même on a trouvé le bacille de virulence moyenne dans des croups avortés, alors même qu'il n'existait aucune fausse membrane dans la gorge. Enfin on a trouvé des bacilles de virulence atténuée à la fin des diphtéries sévères qui ont une terminaison favorable. On a remarqué également que dans les diphtéries sévères les bacilles virulents persistent plus longtemps dans la bouche que dans les diphtéries bénignes.

En résumé, dans les diphtéries très graves on ne trouve que très peu de bacilles non virulents, ceux-ci sont beaucoup plus nombreux dans les cas bénins, et enfin dans les diphtéries sévères, mais qui guérissent, ils sont d'autant plus fréquents que le début de la maladie est plus éloigné. Il paraît naturel d'admettre que, comme bien d'autres virus, celui de la diphtérie peut se trouver à divers états de virulence dans la nature, qu'il est susceptible d'être atténué et que les bacilles virulents et non virulents sont des états divers d'un même microbe. Il résulte aussi des expériences de MM. Roux et Yersin, comme de l'expérience clinique, que, de même que pour les différents autres virus, un virus diphtéritique faible peut transmettre une forme clinique grave et un virus fort transmettre une forme clinique faible. Il faut donc se défier des formes bénignes comme des formes graves. Mais ici se place une question très complexe et qui n'est pas encore tout à fait résolue, c'est celle du bacille pseudo-diphtérique.

On trouve en effet, non seulement dans les fausses membranes croupales, mais dans la bouche de personnes bien portantes, un bacille non virulent exactement semblable au bacille diphtérique vrai. Pour Lœfler, qui l'a décrit le premier, et pour quelques autres expérimentateurs, ce bacille serait d'une espèce différente du bacille vrai. D'autres, au contraire, admettent que le bacille pseudo-diphtérique n'est que la forme atténuée du bacille diphtérique vrai. Le bacille non virulent se rencontre dans la bouche des enfants sains dans un tiers des cas environ; ces bacilles étaient remarquables par leur petit nombre chez un même sujet. Si on considère que le bacille non virulent est très rare dans les diphtéries mortelles, qu'il est plus abondant dans les diphthéries bénignes, qu'il devient plus commun

---

titue des assauts de galanterie, de véritables « cours d'amour ». Elle perd aisément la notion de son âge, se croit encore pleine de séductions. Elle s'éprend aisément, et pour peu de temps d'ordinaire ; elle fait des avances aux jeunes gens si elle a l'occasion d'en rencontrer : tous les internes de maisons de retraite pourraient en témoigner ; l'un d'eux, aujourd'hui professeur à la Faculté de Paris, et membre de l'Académie, me racontait qu'un matin, faisant sa visite à l'infirmerie, une vieille dame extrêmement nerveuse qu'il auscultait l'avait brusquement embrassé, devant quinze personnes, en s'écriant : « Ma foi, tant pis !... » C'est là, du reste, chose ordinairement sentimentale, rarement érotique.

Même désir de plaire dans les relations amicales : la vieille hystérique passe ses jours à vouloir rendre des services : passionnément intéressée pour les affaires des autres, jusqu'à négliger les siennes, elle veut se mêler de tout, réconcilier les brouilles, et ne réussit qu'à envenimer les choses, et qu'à se faire des ennemies. Elle veut accaparer les soins du médecin, et si elle est dans une maison de retraite, l'attention de l'autorité administrative ; elle finit ainsi par passer pour une sorte d'espion, pour « moucharder », comme on dit au collège. On conçoit que ses relations avec ses compagnes soient difficiles et qu'elle ait de fréquents sujets d'énervement, de fréquents prétextes à crises nerveuses.

Ces crises sont fréquentes, en effet. Elles se déclarent d'ordinaire à la suite de quelque contrariété ou d'une perte d'argent, car si la vieille hystérique est parfois amoureuse, elle est souvent avare ; et le désespoir d'Harpagon s'observe fréquemment dans les maisons de retraite, à la fois comique et touchant, tant il est véhément et sincère.

Cela débute par de violents maux de tête, ou la sensation d'étranglement que l'on nomme boule hystérique : la malade devient rouge, ses paupières frémissent, sa figure exprime l'angoisse; parfois elle raidit son corps, quelques secondes, mais les mouvements convulsifs auxquels on s'attend ne viennent pas. La malade pousse des cris étouffés, déclare qu'elle étrangle, qu'il lui est impossible d'avaler quoi que ce soit. Ou bien ce sont des cris aigus, déchirants comme ceux d'une femme qui accouche : ce sont alors des coliques atroces dans la région de l'utérus ou du foie, des brûlures intolérables à la région vulvaire, des sensations de broiement dans les membres, de déchirement dans les seins.

Cela dure un quart d'heure, souvent davantage, rarement plus d'une heure. La crise s'apaise peu à peu en diminuant d'intensité ; elle finit fréquemment par des larmes, une émission abondante d'urine, quelques heures de lourd sommeil, mais non pas de sommeil hypnotique.

Les calmants ordinaires ne calment pas ces

à mesure que les diphtéries sévères marchent vers la guérison, et qu'enfin il y en a bien plus chez ceux qui viennent d'avoir la diphtérie que chez les personnes saines, on acceptera difficilement l'idée que ces deux microbes sont absolument étrangers l'un à l'autre. Il s'agit vraisemblablement d'un virus atténué, mais qui peut reprendre sa virulence sous certaines influences. A cet égard il est un fait expérimental extrêmement curieux. Séparés, le coccus de l'érysipèle et le microbe diphtérique atténué sont incapables de donner la mort aux cobayes ; associés, ils les tuent rapidement avec les lésions de la diphtérie. Après ce passage par le cobaye, le bacille affaibli a recouvré sa virulence et celle-ci s'est maintenue dans les cultures successives.

On peut dès lors se demander si certaines associations microbiennes ne peuvent pas chez l'homme, comme celle de l'érysipèle chez les animaux, servir à exalter la virulence du bacille diphtérique affaibli. La scarlatine, la rougeole sont souvent compliquées de diphtérie : ne peut-on supposer que cette association a pu rendre leur virulence à ces bacilles si souvent présents dans la bouche ?

Sans doute la plupart des cas de diphtérie sont dus à la contagion directe, soit au moyen du virus frais, soit au moyen du virus desséché : cependant, à côté de ces diphtéries venant directement d'un bacille virulent, il en existe probablement qui ont pour origine le bacille pseudo-diphtérique, hôte de beaucoup de bouches. Devenu virulent grâce à des conditions que nous ne pouvons que soupçonner, il peut être le point de départ de contagions nouvelles. En tout cas, il faut, dès le début des angines simples et des angines de la rougeole et de la scarlatine, pratiquer le lavage antiseptique de la gorge.

Mesures à prendre contre le choléra.

M. *Dujardin-Beaumetz* a communiqué à l'Académie un rapport qu'il a rédigé pour le conseil d'hygiène de la Seine sur les mesures à prendre en vue d'une épidémie cholérique ; voici les conclusions :

1° Nécessité de connaître le plus promptement possible les cas de choléra.

2° Création d'un corps de médecins délégués ayant pour mission de constater la réalité et la gravité de la maladie qui leur est signalée et de veiller à l'exécution rigoureuse des mesures de désinfection.

3° Pour la désinfection qui a trait au malade et aux personnes qui l'entourent, usage exclusif du sulfate de cuivre qui sera mis à la disposition du public pour faire des solutions fortes et des solutions faibles qui devront servir à la désinfection des déjections (vomissements et matières fécales), des linges souillés par le malade, au lavage de la figure et des mains.

4° Pour la désinfection des locaux contaminés, maintien et augmentation des escouades de désinfecteurs ; création d'un inspecteur chargé de vérifier si ces désinfections ont été bien pratiquées.

Cette désinfection se fera avec l'acide sulfureux provenant de la combustion du soufre, avec des lotions au sublimé pour les lavages et enfin à l'aide d'étuves mobiles pour les objets de literie et les linges ayant été en contact avec le malade : acquisition immédiate de dix étuves mobiles pour les vingt arrondissements de Paris.

5° Transport des malades à l'aide de voitures spéciales, chauffées pendant le transport et désinfectées aussitôt après.

6° Evacuation des maisons et particulièrement des garnis où se seront déclarés des cas de choléra.

---

douleurs-là : la morphine, en particulier, provoque du délire, un demi-assoupissement où la malade gémit encore et divague de manière à inquiéter l'entourage ; elle ne paraît point, du reste, diminuer sensiblement la durée de la crise.

Ces douleurs, on ne saurait trop le dire, sont d'une très grande intensité, très alarmantes au premier abord. D'ordinaire, chez les vieillards, la réaction douloureuse semble s'atténuer sensiblement. Il est fréquent de trouver à l'autopsie d'un vieillard des calculs dans la vésicule et les canaux biliaires, sans qu'il ait accusé de douleurs hépatiques pendant sa vie. Chez l'hystérique, au contraire, il est fréquent d'observer de l'ictère et des coliques violentes sans que l'on puisse trouver trace matérielle de calculs, par le palper local, par l'examen des selles, par le lavage à l'huile des voies biliaires. De même, les néoplasmes de l'œsophage, de l'estomac, du sein, de l'utérus, ne leur donnent ordinairement que des douleurs sourdes et lentes, tandis que la vieille hystérique, dont les organes ne sont pas réellement lésés, en souffre de façon cruelle.

Ces notions facilitent évidemment le diagnostic, qui, cependant, présente quelquefois d'assez graves difficultés.

La première fois qu'un médecin est appelé près d'une vieille hystérique, il lui est vraiment très facile de commettre une erreur de diagnostic.

Sa malade peut présenter, en effet, tous les symptômes d'un rétrécissement de l'œsophage, et la première idée qui vient est celle d'un cancer.

Elle peut avoir une crise simulant l'angine de poitrine, et l'on pense à des lésions athéromateuses de l'aorte et des coronaires.

La dyspnée, accompagnée d'un point de côté, donne l'idée d'une pneumonie, d'une congestion pulmonaire, d'une pleurésie au début.

Le ballonnement du ventre, la constipation douloureuse, font songer à la compression d'une anse intestinale par une tumeur abdominale.

L'hépatalgie aiguë, souvent renouvelée, avec ou sans ictère, donne la presque certitude qu'on a affaire à un cas de lithiase biliaire.

Les coliques utérines, avec pertes au moment de la ménopause, sans pertes plus tard, font croire à un fibrome, à un cancer.

Les brûlures vives du méat avec sensation de plaie sont difficiles à expliquer ; pourtant j'ai vu porter le diagnostic de varice douloureuse du méat ; diagnostic erroné, puisque l'examen le plus minutieux n'a pu montrer l'existence d'une dilatation variqueuse de la région.

Les crises clitoridiennes, les douleurs d'écrasement de la poitrine et des membres, de rongement dans le talon, la présence des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie, peuvent faire croire à une maladie de la moelle épinière, au tabes en particulier.

Dans tous les cas, je crois que l'erreur de dia-

7° Création de services spéciaux isolés dans des hôpitaux de Paris désignés à cet effet. Ces services devront être indiqués dès aujourd'hui et le personnel appelé à soigner les malades sera instruit des mesures prophylactiques qu'il doit prendre pour éviter les atteintes du mal.

8° Enfin, exécution scrupuleuse de toutes les mesures d'hygiène privée et publique qui maintient la salubrité de la ville. De l'eau salubre devra être donnée à toute la population parisienne.

De la cystite chez les diabétiques.

Il n'est pas rare, dit M. *R. Schmitz*, dans un article du *Berliner klin. Wochensch*, résumé par la *Semaine médicale*, de voir survenir, chez les diabétiques, une cystite due à la fermentation et à la décomposition de l'urine sucrée à l'intérieur de la vessie. Cette complication peut revêtir trois formes.

La première, la plus légère, ne se traduit par aucun trouble subjectif appréciable, par aucune sensation anormale ; mais l'urine qui, dans la majorité des cas, présente une réaction faiblement alcaline, est un peu trouble, contient de l'épithélium en assez grande abondance, quelques globules de pus, du phosphate de chaux et des bactéries. Si cette cystite n'est pas traitée convenablement, elle augmente d'intensité et passe à la seconde forme ou période.

Dans cette seconde forme, les urines, encore plus troubles, exhalent une odeur désagréable ; leur réaction est très faiblement acide ou plus souvent alcaline, et elles contiennent beaucoup d'épithélium, beaucoup de globules de pus, des phosphates ammoniaco-magnésiens, du phosphate de chaux et des bactéries. Les malades ont des envies fréquentes d'uriner, ce qui est mis habituellement sur le compte du diabète, c'est-à-dire de la prétendue polyurie, tandis que la véritable cause du phénomène, la cystite, reste ignorée.

La troisième forme, qui survient après la deuxième en l'absence d'un traitement rationnel, est caractérisée par des urines très troubles, fétides, alcalines, ammoniacales, avec un dépôt laiteux, très visqueux et contenant beaucoup de mucus, encore plus de pus, une grande quantité de phosphates ammoniaco-magnésiens, de phosphate de chaux, d'urate d'ammoniaques et d'autres composés ammoniacaux, ainsi que des bactéries. Parfois aussi, il y a dégagement de gaz à l'intérieur même de la vessie. On observe, dans les cas de ce genre, tous les troubles habituels de la cystite, dont le malade se ressent péniblement. Souvent ce n'est qu'à cette troisième période que la cystite est reconnue et devient alors l'objet d'un traitement approprié, déjà trop tardif et partant impuissant à enrayer complètement le mal.

Mais, si la cystite diabétique est difficile à guérir lorsqu'elle est arrivée à la troisième période, il en est tout autrement pour les deux périodes précédentes, qui cèdent rapidement aux lavages de la vessie avec une solution stérilisée et tiède de salicylate de soude, en même temps que par l'usage interne de cette même substance. Toutefois, ce résultat ne s'obtient qu'à la condition de traiter en même temps le diabète, de supprimer ou, au moins, de diminuer autant que possible la glycosurie par les moyens appropriés, surtout par un régime antidiabétique continu et sévère. Autrement, on aura beau laver la vessie et administrer des médicaments, la cystite persistera quand même et indéfiniment.

Propriété aphrodisiaque de la cocaïne.

Richardson a rapporté, dans l'*Union médicale du Canada*, le fait d'une femme mariée, à manières réservées et à maintien modeste, qui, ayant

---

gnostic ne résistera pas à un examen méthodique, approfondi, des symptômes. On s'apercevra vite que le rétrécissement de l'œsophage est purement spasmodique, nullement organique ; que l'angine de poitrine ne coïncide avec aucune lésion du cœur ; que la dyspnée et le point de côté ne s'accompagnent point de lésions pleuro-pulmonaires ; que la constipation et le ballonnement du ventre surviennent par crises entre lesquelles le ventre reste souple, sans que le palper le plus soigneux y puisse déceler la présence d'une tumeur ; que l'utérus ne porte pas de néoplasme ; que les symptômes pathognomoniques du tabes font défaut, que notamment les réflexes tendineux rotuliens ne sont pas abolis, mais normaux ou un peu exagérés.

Puis la marche de la maladie, le peu de gravité foncière de l'état général, écarteront l'idée d'une maladie organique.

Les fausses coliques hépatiques donnent plus aisément le change, surtout si elles s'accompagnent d'ictère : la première fois, il est à peu près impossible de ne pas s'y tromper. Pourtant, il faut se méfier, je crois, chez une vieille femme, de douleurs très véhémentes dans la région du foie, et se souvenir que bien rarement, chez le vieillard, la lithiase biliaire donne lieu à des douleurs aussi aiguës.

Mais, si une étude attentive des symptômes permet d'écarter l'idée de ces diverses maladies, le médecin n'en reste pas moins indécis sur l'étiquette à mettre. Aux questions de la famille il répond : « c'est nerveux », un peu timidement, comme quelqu'un qui n'est pas sûr de lui, s'il ignore qu'une femme de soixante-dix ans peut être bel et bien une hystérique : et son diagnostic par à peu près, son pronostic réservé, ne satisfont pas l'entourage.

Je voudrais que le présent travail lui permît d'y mettre plus d'assurance, d'affirmer avec fermeté, avec précision, sûr de lui, rassurant les autres.

Pour cela, l'étude du caractère de la malade, la recherche des causes morales déterminant les crises, lui seront d'un très grand secours. S'il découvre une zone hystérogène, il est sauvé. Il devra les rechercher surtout au creux épigastrique, dans la région des omoplates, au sommet du crâne. Il ne trouvera point d'hémianesthésie, mais fréquemment des régions hyperesthésiées, dont la pression amènera une ébauche d'attaque.

Il saura qu'il n'a point à compter sur des attaques franchement convulsives, mais plutôt sur des spasmes douloureux ordinairement profonds, splanchniques, du domaine du grand sympathique. Et de la sorte, après avoir méthodiquement écarté l'hypothèse d'une maladie organique, il pourra porter avec quelque sécurité le diagnostic hystérie sénile.

(*Médecine moderne.*) Maurice de Fleury.

à subir une légère opération chirurgicale, prit au préalable, en injection hypodermique, une dose assez légère de cocaïne. Il se produisit alors de l'excitation érotique que les paroles et les gestes de la malade traduisirent d'une façon non équivoque. L'opération dut être remise au lendemain. Le lendemain, même scène, quoique moins accentuée, sous l'influence d'une dose plus petite encore. Des faits semblables avaient été signalés par Saudré et par Cunningham.

Les traités de thérapeutique ne mentionnent pas cette propriété de la coca et de son alcaloïde. Cependant il est de fait qu'au Pérou même les naturels ne l'ignorent pas. Léopold Casper, de Berlin, regarde la coca comme étant un de nos meilleurs toniques génitaux.

Conclusions pratiques : la coca et la cocaïne peuvent être utilisées dans le traitement de certaines formes d'impuissance. Il est bon de toujours songer, quand on donne de la cocaïne, à l'excitation sexuelle qu'elle peut produire, et n'en jamais administrer à une femme sans qu'une tierce personne, amie de la malade, soit là comme témoin, tout comme pour le chloroforme.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

I. — De l'ergot de seigle en obstétrique.

Le *Concours médical* a publié récemment (1) une communication faite au Congrès de Limoges par un de nos confrères parisiens les plus distingués, Mme Gaches-Sarraute ; bien que nous ayons été privés du plaisir d'entendre notre charmante confrère, nous nous permettrons cependant de discuter avec elle et de faire quelques réflexions sur cette question importante « des dangers de l'ergot de seigle et de l'ergotine après l'accouchement ».

Madame Gaches-Sarraute rappelle que « c'est le Pr Pajot qui enseigna qu'on ne devait jamais donner de l'ergot de seigle après l'accouchement sans avoir auparavant pratiqué la délivrance et évacué l'utérus ». Nous sommes complètement d'accord avec elle, lorsqu'elle ajoute que le Pr Pajot rendait ainsi « le plus grand service à la science des accouchements ».

Si notre conviction n'était faite depuis longtemps sur les dangers de l'ergot de seigle un fait récemment observé par nous à la Clinique Baudelocque nous rappellerait toute l'importance du conseil formulé par Pajot : une femme, ayant déjà eu six enfants, entre en travail dans les environs de Paris ; les douleurs durent pendant trois jours ; la sage-femme, qui assiste la parturiente, administre de l'ergotine dans de l'eau sucrée ; l'estomac de la malade se révolte contre cet attentat et rejette une partie de la drogue ; la matrone ne se décourage pas et administre le médicament par le rectum dont la muqueuse se montre moins vigilante que celle de l'estomac. La femme n'accouche toujours pas ; on l'amène à la Clinique où l'on constate un enfant *mort et putréfié* se présentant par l'*épaule ;* la sage-femme avait cependant fait ce diagnostic, puisqu'elle avait tenté la version ; ces tentatives infructueuses, jointes à la putréfaction du fœtus, ont mis cette femme dans une situation des plus graves ! On fut obligé d'extraire le fœtus et de pratiquer une délivrance artificielle. Ainsi donc jamais d'ergot de seigle avant la délivrance, à plus forte raison avant l'expulsion du fœtus.

(1) *Concours médical* 30 août 1890.

« Depuis le Pr Pajot, ajoute notre confrère, rien n'a été changé dans cette règle qui est universellement appliquée ; mais aujourd'hui, depuis les progrès de l'antisepsie, elle devient incomplète. Actuellement la formule pourrait être : « Ne donnez jamais, sous aucun prétexte, ni ergotine, ni ergot de seigle après l'accouchement, même s'il s'agissait d'arrêter les plus graves hémorrhagies. »

Il y a longtemps (Mme Gaches-Sarraute semble l'ignorer) que cette formule a été mise en pratique, d'une manière cependant moins exclusive, par le Pr Pinard à la Maternité de Lariboisière, mais dès le commencement de 1884, l'ergot de seigle et l'ergotine étaient complètement abandonnés dans son service. Notre maître a exposé d'ailleurs ses idées sur ce sujet en 1887, alors qu'il suppléait le Pr Pajot et cette année encore dans une série de leçons faites sur la délivrance à la clinique Baudelocque. Toutefois, tout en condamnant l'usage de l'ergot de seigle après la délivrance, M. Pinard ne dit pas qu'il ne faut *jamais* en donner sous aucun prétexte ; il conseille même d'avoir toujours à sa disposition de l'ergot de seigle, de l'ergotine ou de l'ergotinine, mais de ne s'en servir que dans des cas tout à fait exceptionnels, lorsqu'on est mal outillé, mal installé pour faire une injection ou une irrigation intra-utérine très chaude. C'est ce qui peut arriver dans la clientèle lorsqu'on est appelé auprès d'une femme accouchée — sans avoir à sa disposition, ni canule, ni injecteur, ni même de récipient convenable pour faire bouillir de l'eau. Parfois même l'inertie utérine, après la délivrance, peut être assez rapide et assez complète pour qu'on n'ait pas le temps de recourir à l'eau chaude, si l'on n'est pas prêt à l'avance : l'ergot de seigle est alors un médicament précieux qui peut sauver la vie de la femme. Au contraire, dans une Maternité bien organisée, il y a toujours de l'eau chaude en permanence et on peut toujours arrêter les hémorrhagies avec cette eau chaude qui n'a pas les inconvénients de l'ergot de seigle.

L'une des raisons pour lesquelles on ne donne plus d'ergot de seigle après la délivrance, c'est « qu'il reste toujours quelque chose dans l'utérus, caillots, débris de membranes, qui s'éliminent avec les lochies ». En donnant de l'ergot de seigle, on emprisonne dans l'utérus ce qui y était contenu et on expose ainsi la femme à des accidents infectieux. Ici encore nous sommes d'accord avec Madame Gaches-Sarraute, d'autant mieux qu'en *octobre* 1887 nous exprimions *la même idée* dans les termes suivants (in. Traité d'antisepsie, page 347) : « On tend à restreindre de plus en plus l'usage de l'ergot, même après la délivrance, contre les hémorrhagies : sans doute il fait contracter le muscle utérin, mais il emprisonne dans l'intérieur de la cavité des caillots qui peuvent ultérieurement s'y putréfier. *A la Maternité de Lariboisière, l'ergot de seigle n'est jamais employé depuis trois ans.* On le remplace avantageusement par des injections intra-utérines chaudes : elles suffisent à arrêter les hémorrhagies.

« Toutefois en clientèle, alors qu'une injection intra-utérine ne peut être rapidement faite, il ne faudrait pas se priver des avantages de l'ergot ou de ses dérivés : on perdrait, par l'abondance de

l'hèmorrhagie, les bienfaits d'une injection intra-utérine qui viendrait trop tard. »

Nous ne nous permettons cette auto-citation que parce qu'elle résume assez bien les idées émises sur ce sujet par le Professeur Pinard et pour bien montrer à Mme Gaches-Sarraute qu'avant le congrès de Limoges la pratique qu'elle préconise était en usage et avait été déjà *exposée.* Parmi les raisons qu'a invoquées notre confrère dans son plaidoyer contre l'ergot de seigle, il en est une qui nous a paru quelque peu entachée d'exagération : « Si vous donnez de l'ergot de seigle, vous vous servez d'un médicament *inutile* et *dangereux*. Si les malades échappent à l'infection aigüe, quatre-vingt dix neuf fois sur cent elles ont des infections chroniques (mètrites) qui surviennent sept ou huit mois, quelquefois un an après l'accouchement. De plus, l'utérus, qui est resté gros à la suite de cette médication, reste aussi lourd et si les malades se lèvent trop tôt, elles peuvent avoir des prolapsus bien difficiles à guérir par la suite. »

On compromet quelquefois une bonne cause en la voulant trop bien servir ; or je suis bien certain qu'il y a nombre de lecteurs du *Concours* qui, suivant l'enseignement d'autrefois, donnent encore à chaque accouchée 1 ou 2 gr. d'ergot de seigle après la délivrance. Plus d'un a dû sourire en apprenant que 99 % de ses clientes étaient atteintes de métrites chroniques dues à l'usage de l'ergot de seigle. Non, l'ergot de seigle n'est point aussi dangereux que cela ; il est inutile le plus souvent ; il a des inconvénients ; peut-être retarde-t-il l'involution utérine, mais son emploi n'amène pas aussi souvent des infections chroniques de l'utérus, — sans compter l'infection aiguë dont parle madame Gaches-Sarraute.

Jusqu'à présent, sauf les réserves que nous avons faites, nous sommes à peu près du même avis que Madame Gaches-Sarraute ; *il ne faut pas donner d'ergot après la délivrance, même en cas d'hémorrhagies, lorsqu'on peut les arrêter par des injections intra-utérines chaudes*, mais où nous sommes en complet désaccord, c'est lorsqu'elle expose « ce qu'elle fait dans sa pratique et ce qui lui a donné depuis six ans d'excellents résultats :

« Aussitôt après la délivrance, je donne toujours une injection intra-utérine avec de l'eau dont je suis sûre et en prenant les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Je passe ma main, dépourvue d'ongles, dans l'utérus que je débarrasse de ses caillots, de ses débris membraneux. Les caillots sont toujours très nombreux au niveau de la surface placentaire. Je les sens très bien avec mes doigts et les distingue très bien du tissu utérin. Je fais passer ainsi dans l'utérus 10 ou 15 litres d'eau, assez pour laver complètement la cavité ; je ne m'arrête que lorsque l'eau sort absolument pure. Dès ce moment, l'utérus se rétracte et, deux jours après, il est revenu à son état normal ; les malades ne perdent plus de sang et sont, à moins d'infection venue du dehors, à l'abri des affections utérines ultérieures.

« Il n'y a qu'une chose à recommander aux praticiens pour obtenir les bons résultats que j'obtiens moi-même, c'est la propreté absolue. Pour pénétrer dans l'utérus il ne faut pas d'ongles, il faut des mains blanches, propres, des mains de chirurgien, *car cette manœuvre est aussi grave que les plus graves opérations.* »

Cette dernière phrase est la condamnation même du procédé. Ainsi voilà une femme qui accouche spontanément à la suite d'un travail normal ; la délivrance est faite. Elle ne perd pas de sang ; et au lieu de se réjouir avec la famille de l'heureuse issue de l'événement attendu depuis neuf mois, l'accoucheur va remettre tout en question en se livrant sur la parturiente à une série de manipulations dont l'ensemble est *aussi grave que les plus graves opérations !*

Je ne veux point argumenter une à une les différentes phases de l'opération ; je compte revenir prochainement sur cette question des injections intra-utérines après la délivrance normale ; mais, franchement, s'il me fallait choisir entre les deux méthodes, celle que nous combattons de concert avec Madame Gaches-Sarraute, l'usage de l'ergot de seigle après la délivrance, et celle que notre même confrère préconise, je crois que c'est à l'ancienne méthode que je donnerais la préférence !

Heureusement que je ne suis point placé dans cette cruelle alternative et que je puis me contenter, lorsque la délivrance est faite, après avoir pratiqué une toilette vulvaire et vaginale, de *laisser la femme tranquille*, sans chercher à agir sur son utérus soit à distance par l'ergot de seigle, soit localement par l'introduction et le *séjour* de la main dans la cavité utérine ! Cette pratique, bien que peu active, n'en donne pas moins quelques bons résultats.

II. — Des injections hypodermiques d'ergotine (1).

Si l'ergot de seigle tend à être de moins en moins employé en obstétrique, il n'en est pas de même en gynécologie : son emploi dans les fibromyomes utérins amène dans quelques cas, non seulement un arrêt dans le développement de la tumeur, mais aussi une diminution considérable dans son volume. Parfois il paraît même que ce traitement détermine la disparition complète et radicale de la tumeur. Mme O. W. Prokofiewa (de Saint-Pétersbourg) appelle l'attention sur les indications des injections hypodermiques d'ergotine, et après avoir indiqué les différents essais faits depuis Hildebrandt pour atténuer l'action irritante locale de l'ergotine, elle expose qu'on se sert à la clinique du Pr Ott de solutions stérilisées d'ergotine, préparées dans de petits flacons bien soudés, ayant une capacité de 2 centimètres cubes chacun.

Voici comment le Pr Pœhl prépare ces solutions stérilisées d'ergotine : le local dans lequel il opère présente une chambre dite « chambre sublimée » dont les murs sont couverts de carton suédois, imprégné de solution de sublimé. On verse la solution d'ergotine, préparée avec de l'eau stérilisée, dans des petits tubes préalablement stérilisés, portant dans leur partie inférieure un élargissement en forme de petite bouteille. Ces flacons, remplis du liquide, sont stérilisés à nouveau à l'aide du chauffage réitéré ne dépassant pas une température de 50° C (l'ergotine se décompose à une température plus haute). Après cette stérilisation les bords ouverts des flacons sont soudés au moyen de la flamme du bec de Drummond. Quand les tubes sont suffisamment refroidis, on pratique soigneusement une entaille, au moyen d'une lime, au-dessus de l'élargissement. Pour se servir de la solution enfermée dans le tube, on n'a qu'à pres-

(1) *Annales de Gynécologie*, sept. 1890.

ser légèrement sur l'entaille pour séparer son extrémité soudée. La solution a une réaction faiblement acide. Ordinairement on se sert de solutions à 10 % d'ergotine. Pour faire une injection, il faut employer une seringue de Pravaz tout entière, c'est-à-dire un centigr. d'ergotine pour chaque injection. L'aiguille et la seringue doivent être soigneusement désinfectées avant leur application.

III. — DE LA DIPHTÉRIE PUERPÉRALE (1).

MM. Ehrhardt et Favre, ayant observé récemment une épidémie bénigne de diphtérie puerpérale à la Maternité de Paris, se sont livrés à des recherches intéressantes sur cette question qui divise aujourd'hui les bactériologistes ; les uns, tels que Widal, pensent que les fausses membranes fibrineuses, développées au cours de l'infection puerpérale, n'ont pas la moindre communauté d'origine avec celles de la diphtérie légitime, qu'elles sont de même provenance que le pus des abcès et sont produites par l'action du streptocoque pyogène; les autres, tels que Garrigues, font au contraire de ces membranes un accident de la diphtérie légitime.

C'est à cet avis que semblent se ranger MM. Ehrhardt et Favre: tout en maintenant la possibilité de la production de fausses membranes pseudo-diphtéritiques sur le vagin ainsi que sur la trachée par le streptocoque ou par d'autres micro-organismes, hors celui de la diphtérie humaine, ces auteurs pensent que la véritable diphtérie peut aussi, dans un certain nombre de cas, peut-être de préférence dans les formes épidémiques, se propager sur le vagin des femmes nouvellement accouchées. MM. Ehrhardt et Favre, dans leurs expériences à l'aide de cultures mixtes de diphtérie puerpérale, ont non seulement trouvé un organisme semblable à celui de Klebs-Lœffler, mais encore produit et les fausses membranes et la paralysie, manifestation caractéristique de la diphtérie du larynx. L'identité de ces deux affections dans certains cas est donc très probable.

IV. — DE L'ANTISEPSIE EN OBSTÉTRIQUE.

Le Dr H. *Fristch* a fait sur ce sujet au Congrès de Berlin un rapport assez étendu dont nous allons signaler les points principaux.

Quand une accouchée est bien portante, tout traitement local est inutile ; le lavage des parties génitales externes, qu'il faut toujours pratiquer, ne peut être considéré, en effet, comme un traitement.

Dans les cas où il n'y a que de faibles ascensions de la température et où il n'existe aucun trouble de l'état général, il y a de l'exagération à recourir immédiatement aux irrigations. Il faut soumettre à une observation rigoureuse ces cas de fièvre légère en prenant attentivement la température des malades.

Il faut faire des irrigations intra-utérines dans les cas de *fièvre élevée*, s'il n'existe pas de péritonite, de paramétrite, de mastite, de pleurite ou de vulvite manifeste, s'il n'existe pas de maladies extra-utérines, en un mot lorsqu'on est conduit à admettre que le point de départ de l'affection est dans l'utérus et quand on est à peu près sûr qu'il n'existe pas de septicémie générale mortelle. Quand la fièvre élevée démontre que l'infection est déjà dans la place, comment faut-il prévenir les conséquences fâcheuses de cette infection ? Par deux moyens : 1° en fortifiant l'organisme par l'alcool, etc. ; 2° en désinfectant la surface utérine qui est déjà infectée et qui résorbe. En lavant l'utérus, on élimine les substances nocives déjà formées, on empêche une formation nouvelle de substances virulentes et on envoie dans l'organisme des médicaments qui, localement dans l'épaisseur des tissus, restent encore bactéricides. Ainsi, quand la fièvre est élevée, il faut commencer le traitement par une injection intra-utérine.

Ce rapport de Fristch ne fait guère que consacrer la plupart des idées aujourd'hui classiques en France ; il manque un peu de précision pour la conduite à tenir dans les cas de fièvre modérée. Néanmoins la pratique de l'auteur est heureuse, puisque, depuis l'année 1887, 1620 accouchements ont été pratiqués sans un décès dans la Clinique qu'il dirige.

Dr G. LEPAGE.

(1) *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, août 1890.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Hernie inguinale étranglée ; ponction avec la seringue de Pravaz ; réduction devenue facile ; guérison.

Par le Docteur BITTERLIN, médecin de l'hôpital de Baume-les-Dames (Doubs).

Le nommé X., âgé de 68 ans, ancien militaire en retraite, est atteint, depuis le siége de Paris, d'une hernie inguinale du côté gauche, à la suite d'une chute. Cette dernière est assez volumineuse et descend dans le scrotum ; elle se réduit d'habitude et n'est pas douloureuse.

Le malade porte un bandage mal appliqué ; le 3 juillet, à la suite d'un effort, la hernie s'étrangle. Il fait des tentatives pour la réduire, comme il a l'habitude ; mais elles sont inutiles ; la hernie devient douloureuse ; le malade éprouve de vives douleurs. Je suis appelé dans la soirée du 3 juillet ; j'essaie de pratiquer le taxis, mais, sans résultat.

Le malade est conduit à l'hôpital : les compresses glacées, les frictions avec la pommade belladonée, les lavements purgatifs, ne produisent aucun résultat ; le ventre se ballonne : il n'y a point d'expulsion de gaz par l'anus. En présence des vives douleurs du malade, je pratique deux injections de morphine sur la hernie, selon la méthode recommandée par certains auteurs ; j'essaie encore une fois le taxis, mais sans résultat. Le malade est placé dans un bain tiède ; mais l'état général s'aggrave ; on administre de l'huile de ricin qui est rejetée. Le 4 juillet, la malade continue à vomir des matières bilieuses ; la face exprime la douleur : le ventre est très ballonné ; les gargouillements intestinaux s'entendent au loin ; la constipation est opiniâtre. Dans la soirée, il vomit des matières fécaloïdes ; la hernie est très douloureuse ; le malade se trouve dans un état extrême de prostration.

Le 5 juillet, l'opération de la kélotomie s'impose : je songe un instant à faire des irrigations d'éther, selon la méthode de Bartosz, mais l'idée me vient de pratiquer des ponctions dans la hernie, procédé qui m'a déjà donné de bons résultats. J'en pratique plusieurs avec ma seringue de Pravaz ; je la retire trois fois remplie d'un liquide citrin un peu sanguinolent. J'essaie après un

léger taxis et, par une pression douce, la hernie rentre : j'entends un bruit de fluctuation.

Le malade éprouve un soulagement immédiat ; dans la journée le ballonnement du ventre diminue ; des gaz sont expulsés ; les selles surviennent ; le ventre est encore un peu sensible. Le lendemain, la malade prend une nourriture légère, du potage et du lait. Le 6 juillet, il sort de l'hôpital complètement guéri.

Cette observation confirme une fois de plus les bons résultats qu'on obtient par les ponctions dans les hernies étranglées.

Le 25 mai 1876, j'ai publié dans l'*Union médicale* une observation du même genre et la guérison a eu lieu par cette méthode de traitement. La kélotomie, malgré les précautions antiseptiques, est une opération qui n'est pas exempte de danger.

Avant d'y avoir recours, il est utile de pratiquer des ponctions dans la hernie qui souvent, comme on vient de le voir, produisent des résultats inespérés.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Fourniture de médicaments dangereux à haute dose.

Un de nos confrères, que nous désignerons, au cours de cet article, par l'initiale B..., nous a écrit récemment pour nous demander notre avis au sujet de la conduite que peuvent et doivent tenir les pharmaciens, quand un malade leur présente une ordonnance contenant une dose considérable de substance toxique.

Ce confrère avait reçu, quelques jours avant de nous soumettre le cas qui fait l'objet de ces quelques lignes, une ordonnance signée lisiblement d'un nom étranger, précédé du signe Dr ; ce médecin habitait, depuis trois mois seulement. une localité voisine de celle où est établi M. B...

L'ordonnance était ainsi formulée :

Eau distillée....................	40	grammes.
Eau de laurier-cerise............	10	—
Chlorhydrate de morphine....	3	—

Pour injections hypodermiques.

M. B... refusa d'exécuter l'ordonnance : 1° parce qu'il ignorait si le signataire de cette ordonnance avait qualité pour prescrire ; 2° parce que l'ordonnance était inexécutable, telle qu'elle était formulée, la dose de morphine prescrite n'étant pas entièrement soluble dans la quantité d'eau ; 3° parce que la quantité de substance active portée sur l'ordonnance était supérieure à celle qui se trouve indiquée dans la formule inscrite au Codex.

Nous n'avons aucune observation à présenter relativement aux deux premiers motifs pour lesquels M. B... n'a pas voulu exécuter l'ordonnance qui lui était présentée ; mais, sur le dernier point, nous ne sommes pas entièrement d'accord avec lui.

De ce que le Codex indique une formule pour la préparation des solutions de morphine destinées aux injections hypodermiques, il ne s'ensuit pas que le formulaire officiel impose aux médecins l'obligation de ne pas prescrire des quantités de substance active supérieures à celle qui est inscrite dans ladite formule. Les rédacteurs de notre Pharmacopée n'ont pas eu d'autre but que d'y introduire une formule indiquant le dosage des solutions qui doivent être délivrées par les pharmaciens, lorsque les médecins prescrivent simplement : *Solution de morphine pour injections hypodermiques*.

Sans doute, il est préférable que le médecin ne mette pas à la disposition de son malade une quantité de substance toxique relativement considérable, mais si le médecin prescrit une dose plus élevée que celle portée dans la formule du Codex, c'est sous sa responsabilité, et le pharmacien ne saurait encourir aucune responsabilité, dans le cas où il aurait exécuté l'ordonnance.

(*Répertoire de Pharmacie.*)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Réunion générale de l'Association et du Syndicat des Médecins de la Vienne.

Le mercredi, 26 février, à deux heures de l'après-midi, dans la grande salle de l'École de Médecine, a eu lieu la réunion des membres de l'Association et du Syndicat de la Vienne, sous la présidence de M. le Dr Chédevergne. M. Pasquet-Labroue, vice-président du Syndicat, remplaçait M. le Dr Auché, absent pour cause de santé.

Le bureau était composé du vice-président, du trésorier, du secrétaire et du vice-secrétaire de l'Association, ainsi que du secrétaire du Syndicat.

Etaient présents :

MM. Ardillaux.
Brossard, Berland.
Chrétien, Chargelègue, Chédevergne.
Doazan, Dorvault, Descubes.
Granger.
Litardière (Arthur), Litardière (Louis).
Labroue, Lusseau.
Michiels.
Poisson, Pouliot.
Richard, Roland.

Il est donné d'abord lecture du procès-verbal de la dernière séance de l'Association en août 1889 par M. le secrétaire Poisson.

M. le Dr Pouliot, secrétaire du Syndicat, lit le procès-verbal de la dernière réunion des membres de cette Société à Châtellerault.

Les deux procès-verbaux sont adoptés.

M. Granger signale ce fait que M. le Directeur des postes lui a demandé un spécimen de la lettre de recouvrement d'honoraires qu'il a adressée à ses clients avec un timbre de cinq centimes ; toutefois les lettres ainsi taxées ne lui ont pas été renvoyées. M. Pasquet-Labroue engage son confrère à continuer d'adresser ainsi ses notes, le Ministre des Postes et Télégraphes ayant nettement résolu la question : il suffit de n'employer que les lettres dont le modèle a été plusieurs fois publié.

M. Pasquet-Labroue demande s'il y a eu une lettre de démission adressée par un des membres

qui dans une précédente séance avait déclaré se retirer. Sur une réponse négative il demande que cette question soit promptement résolue et pour cela propose de réunir le syndicat au mois de mai sans attendre octobre. D'ailleurs ces doubles réunions de l'Association et du Syndicat dans une même après-midi ne permettent pas l'examen sérieux des points en litige ; le temps est toujours partagé d'une façon inégale et l'Association en absorbe la plus grande partie. En conséquence il est rare qu'une solution puisse ainsi être obtenue. M. le Dr Auché semblerait d'avis que toute question franchement syndicale fût ajournée au mois de mai. M. le Vice-Président s'inscrit donc pour cette époque.

M. le Dr Chédevergne répond que pour éviter tout reproche de partialité il a donné alternativement jusqu'ici la parole aux secrétaires des deux sociétés. Comme la plus grande partie du programme était commune, il avait été convenu entre les présidents que la réunion se ferait en même temps pour l'Association et le Syndicat. Il ne fait aucune opposition à ce qu'une nouvelle réunion du Syndicat en mai vienne remplacer l'assemblée qui doit régulièrement avoir lieu en mars, d'autant plus que le Dr Auché désire que certaines parties du programme, comme celle du choix de l'agent général, soient traitées avec son concours.

M. le Dr Lusseau donne communication des comptes financiers de l'Association. Ceux-ci sont approuvés et des félicitations sont votées au trésorier.

Le Dr Delmas étant absent, il ne peut être fait part de l'état de la caisse du Syndicat.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Dorvault pour prononcer l'éloge de M. le Dr Moreau. Cet éloge sera publié dans un numéro du *Poitou Médical*.

M. le Dr Roland lit une Notice sur la vie de M. le Dr Robert.

M. le Dr Chédevergne propose que le Syndicat offre une couronne à M. le Dr Robert, ainsi qu'il a été fait pour M. le Dr Moreau. Une série de questions est soulevée à ce sujet. On décide qu'elles seront traitées au mois de Mai prochain. A l'unanimité la proposition de M. le Dr Chédevergne est adoptée et M. le Dr Pouliot est chargé de l'achat de la couronne.

M. le Président rappelle les vœux émis par la Société de la Gironde et celle de l'Oise. Après un instant de discussion, la majorité est d'avis que l'Association générale des Médecins de France n'est pas en mesure de créer une Caisse d'assurance mutuelle contre la maladie comme le désire la Société de la Gironde, *ni de délivrer à ses membres une indemnité en cas de maladie ainsi que le demande la Société de l'Oise.* L'avenir doit être réservé.

Enfin on arrive au motif même de la présente séance, c'est-à-dire à la réforme des tarifs d'honoraires relatifs à la médecine légale.

Le président donne lecture de la lettre de M. Roger, de Paris.

M. le Dr Dorvault donne communication du tarif adopté dans une réunion particulière du Cercle syndical de Châtellerault.

La parole est ensuite accordée à M. Litardière, syndic de Montmorillon, pour exposer la revision du tarif des honoraires médico-légaux adoptée par les médecins du Cercle de cet arrondissement.

M. Chédevergne met alors aux voix l'adoption des différents prix soumis par les cercles. Grâce à ces divers votes il est constitué ainsi par la majorité un tarif définitif qui sera adressé au secrétaire général de l'Association.

Le Vice-Président du Syndicat donne alors lecture de la lettre de démission d'un des membres alors présents. Comme le motif de cette décision est un grief dont celui-ci aurait à se plaindre de la part d'un confrère, on le presse de retirer sa démission et il est convenu que le différend sera porté devant le Cercle et la question entièrement jugée à la réunion générale de Mai.

La séance est levée à 4 heures du soir.

Le Vice-Secrétaire de l'Association,
Dr ROLAND.

Le Secrétaire du Syndicat,
Dr POULIOT.

Il est évident que le président et l'Assemblée ne connaissaient pas, le jour où ils ont pris cette décision, le projet que nous avons exposé à l'Association de l'Oise. Nous n'avons jamais supposé un instant qu'on pût établir l'indemnité de maladie avec les 12 fr. statutaires.

REPORTAGE MÉDICAL

Il existe aux *Etats-Unis* huit hôpitaux administrés et médicalement dirigés par des femmes doctoresses. En *Russie* le gouvernement subventionne largement les cours de médecine pour les femmes et il a décidé que les doctoresses peuvent être nommées médecins de district et diriger des hôpitaux. En *France*, on compte une quarantaine de doctoresses et c'est avec quelque difficulté qu'on a admis les étudiantes à concourir pour l'internat. Pourquoi cette différence de traitement ?

— A *Lille*, on a constaté, en août, l'empoisonnement d'une jeune fille par des injections de *cocaïne* dans les gencives, pratiquées par un dentiste. Le parquet est saisi de l'affaire.

— On se propose d'assainir la Seine, en versant, sur des champs d'épuration, les résidus de toutes les usines en amont de Paris, qui souillent le fleuve et rendent ses eaux dangereuses.

— La proportion des décès par suite de choléra en Espagne est de 50 % des cas et l'épidémie ne semble pas près de s'arrêter. Elle fait tache d'huile dans les provinces. Les autres centres sont l'Egypte, l'Arabie, le Japon plus récemment.

— Le Dr *Honorat* a créé, à Marseille, un institut d'un genre spécial : des couveuses artificielles, avec rémunération pour les enfants riches et gratuitement pour les pauvres, sont mises à la disposition du public. Nous souhaitons le succès de cet utile établissement, qu'on devrait bien ouvrir dans toutes les grandes villes.

— Ils vont bien nos voisins, les Belges, en fait d'exercice illégal. Ecoutons le *Bulletin médical* :

« Un charlatan est venu à Bruxelles pour y installer une clinique ophtalmologique. Il a tout d'abord *cherché et trouvé* un monsieur porteur

d'un diplôme de docteur Belge, destiné à le couvrir contre les rigueurs de la loi, puis il a obtenu — les journaux auxquels nous empruntons ce détail ne le disent pas — un bâtiment public servant, il y a peu de temps, d'école communale, et dans ce bâtiment il a ouvert sa clinique.

Tous les jours vers 5 heures, dit le journal *la Clinique de Bruxelles*, on peut voir une quantité innombrable d'aveugles et d'opthalmiques déboucher de tous les coins de la rue et s'engouffrer sous la vaste porte cochère, qui se referme mystérieusement sur eux.

Un de nos confrères s'étant glissé dans ce cénacle, nous dit : j'ai été stupéfait du nombre de malades entassés dans la cour et les salles de l'école ; je suis certainement au-dessous de la vérité en les évaluant au chiffre de six cents ; certains autres jours, ce chiffre paraît-il, s'élève au delà de mille.

Ils sont divisés en deux catégories : les aveugles, dans les salles, les ophtalmiques proprement dits, dans la cour. Ils nous faisaient vraiment pitié les deux cents malheureux frappés d'une cécité irrémédiable qu'on fait venir tous les jours à travers tous les temps et qu'on berne cyniquement de l'espoir d'une guérison prochaine. Pauvres éclopés dont les uns ont les orbites vides, dont les autres roulent convulsivement des globes éteints, d'autres portent des staphylomes affreux.. La catégorie des ophtalmiques est constituée par la liste interminable des granuleux, scrofuleux, enfants atteints de conjonctivites, de kératites, adultes ectropionnés, porteurs de taies et de pannus, des iritis, des conjonctivites sécrétantes, manifestement contagieuses...

A l'arrivée du célèbre docteur, notre confrère fut reconnu et, comme bien on le pense, expulsé de cette clinique, qu'il dut quitter, poursuivi par les apostrophes des patients qui croyaient que l'on allait les priver de la consultation du docteur. A peine la porte se fut-elle refermée sur lui, que des *hou! hou!* formidables firent trembler l'édifice en son honneur.

Toutefois, deux autres médecins avaient pu assister à la clinique en se faisant passer pour rédacteurs de journaux politiques. A ce titre on leur réserva la meilleure place. Sujet du spectacle : une opération de cataracte. Plus de mille malades sont présents. Une vieille femme est assise sur une estrade. Après un speech bien senti, répété par l'interprète, où il est dit que la femme est aveugle depuis plus de six ans et qu'elle n'a pu trouver, dans aucune clinique, de soulagement à son triste état, Goolam commença gravement l'opération. Il semble que la méthode employée ait été la méthode préhistorique par réclinaison. Après une attente anxieuse de six minutes environ, pendant laquelle on eût pu entendre une mouche voler, tant le silence de l'auditoire était profond, la femme enfin s'écrie qu'elle voit la main de l'opérateur. Formidables cris de triomphe... applaudissements frénétiques... on danse, on s'embrasse, c'est du délire.

Puis l'opérée disparaît de la scène.

Mais ce qui fut merveilleux et digne de passer à la postérité la plus reculée, c'est la manière dont fut conduite la consultation donnée à ce millier de malades.. Un seul collyre, un seul pinceau... Et ce même pinceau constamment trempé dans le même collyre, passa indistinctement dans deux mille yeux avec une rapidité qui tenait du vertige : en moins d'une demi-heure, tous les malades étaient expédiés et remis au lendemain.

Nous ne pouvons que nous associer aux sentiments pénibles que de pareils spectacles ont inspirés à nos honorables confrères de Bruxelles. »

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Pilules contre la constipation.

Evonymine	1 gr.
Podophyllin	30 centigr.
Extrait de belladone	30 —

F. s. a. 30 pilules.
1 à chacun des repas.

Cachets laxatifs et antiseptiques.

Poudre de follicules de séné	3 grammes
Poudre de cascara sagrada	4 —
Salicylate de naphtol B	15 —

F. s. a. 30 cachets.
1 à chacun des repas.

P. L. G.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires (professées à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris), par le Dr Lavaux, ancien interne des hôpitaux, t. III, in-8°, 532 pages.

Ce volume forme avec les deux précédents un traité complet sur les maladies des voies urinaires. Il est surtout consacré à l'étude de la lithiase urinaire, de ses complications et des questions de séméiologie : rétention d'urine, hématurie, infection urineuse, etc.

Dans ce dernier volume, comme dans les précédents le Dr Lavaux a réservé une large place au traitement, mais il a eu soin, également, de traiter d'une façon complète certaines questions théoriques très importantes au point de vue de la thérapeutique des affections des voies urinaires. La pathogénie et l'étiologie de l'urétéro-pyélo-néphrite, et la pathogénie de la fièvre urineuse ont été l'objet d'une étude approfondie. Se basant sur l'observation clinique, sur la bactériologie et sur l'expérimentation, M. Lavaux a développé d'une façon complète la théorie infectieuse de la fièvre urineuse, théorie qu'il n'avait fait qu'ébaucher en 1887 ; en montrant la véritable cause de la fièvre urineuse, il a indiqué des moyens bien simples pour la prévenir. L'efficacité de ces moyens a été du reste prouvée par de nombreuses observations recueillies depuis 1885 dans divers hôpitaux de Paris et déjà en partie publiées.

On peut demander l'ouvrage à la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

I. *Etude des propriétés thérapeutiques et toxiques du Condurango et de la Condurangine*, par le Dr Guyenot-Outhier. Grand in-8° de 72 pages avec deux planches photographiques. Prix : 2 francs.

II. *Du Coryza chez les enfants au premier âge* (ouvrage couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris), par le docteur E. Boutiron. Prix : 2 fr.

III. *Les Sciences biologiques en* 1889-1890. Sommaire de la quatorzième livraison : Les funérailles et la crémation, par le Dr H. Labonne (*Suite*). *Démographie :* Aperçu de l'état actuel de la population de la France, 28 planches ou diagrammes par Turquan, chef de bureau au ministère (statistique). Ce long article très étudié, basé sur des documents que seul l'auteur pouvait se procurer, est extrêmement intéressant pour le médecin. *Prix de la livraison* : 1 fr. 25. Pour un mandat de quinze francs on reçoit franco les 14 livraisons parues. L'ouvrage complet sera augmenté après l'achèvement de la publication. Prix de la souscription : 30 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Appel aux membres du Concours et de l'Union des Syndicats.

Chers confrères,

Le Conseil de Direction du *Concours* et le bureau de l'*Union* se réunissent, aujourd'hui samedi, pour fixer la date de notre prochaine assemblée générale de novembre, préparer les rapports annuels, établir les comptes des deux Sociétés et l'exposition de l'état des diverses œuvres de notre association militante.

Aujourd'hui même, à 4 heures, les membres de nos bureaux vont se joindre aux médecins qui se sont occupés, à divers titres, de l'œuvre de *l'indemnité de maladie*. Une invitation leur a été adressée et on préparera mûrement les bases de la discussion officielle qui doit avoir lieu, le 17 courant, à la commission nommée dans le même but par l'Association générale.

C'est dire que nous n'avons rien voulu négliger dans l'étude de cette question capitale.

Les bureaux du *Concours* et de l'*Union* vont, le même jour, adresser à M. le ministre de l'Intérieur une demande d'audience, à l'effet de savoir pourquoi le Comité d'hygiène publique, *rédacteur attitré des lois d'intérêt médical* (?), a supprimé du projet *Chevandier* les articles auxquels les médecins de province attachent la plus grande importance.

Forcément les solutions proposées pour *l'œuvre de l'indemnité de maladie* ; les réponses du Ministère de l'Intérieur ; *la revision de la législation* ; les projets d'organisation de *l'Assistance publique* ; l'obligation de la *déclaration des maladies épidémiques et contagieuses*, etc., etc..., feront partie de l'ordre du jour de l'Assemblée générale des membres du Concours médical et des délégués des syndicats, en novembre.

Nous venons, en conséquence, vous prier de prendre vos mesures pour venir, à cette Assemblée générale en novembre, plus nombreux encore que de coutume.

Vos bureaux peuvent se rendre le témoignage qu'ils font tout ce qu'ils peuvent pour le triomphe des réclamations médicales et pour l'organisation des œuvres confraternelles.

Ils ont donc le droit de compter que vous ne négligerez pas de votre côté de les aider de vos avis dans la discussion et de l'autorité de votre présence à notre Assemblée générale.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Sincérité des tentatives de suicide des hystériques.

On a généralement accepté dans le monde médical l'opinion que la plupart des hystériques qui font des tentatives de suicide obéissent exclusivement au désir d'attirer sur elles l'attention, de dramatiser leur existence ; de là à croire que ces tentatives ne sont guère à redouter, l'hystérique préparant ostensiblement son suicide et s'arrangeant pour qu'il ne réussisse pas, la pente est naturelle. M. le professeur Pitres (de Bordeaux), dans un livre en voie de publication, s'élève contre cette opinion, qu'il croit erronée, en tant qu'elle soit absolue. Il ne pense pas que, *d'une façon générale*, le suicide des hystériques soit une comédie, une simulation voulue et habilement préparée. Il estime que M. Ritti est beaucoup plus près de la vérité en disant que les tentatives de suicide, qui sont très fréquentes chez

les hystériques, ont lieu le plus souvent sous l'influence d'une contrariété de peu de portée et qu'elles présentent un caractère de soudaineté et d'instantanéité très caractéristiques. Si ces tentatives n'entraînent pas plus souvent la mort, c'est justement parce que d'ordinaire elles ne sont pas préméditées. D'ailleurs, elles réussissent plus souvent qu'on ne le croit.

Les mélancoliques qui veulent mourir choisissent longtemps à l'avance le moment et les moyens favorables, aussi réussissent-ils beaucoup plus souvent. L'hystérique ne réfléchit pas ; pour une contrariété futile, elle avale le poison qu'elle trouve sous sa main ou se jette à l'eau. Le lendemain elle est enchantée d'avoir échappé à la mort ; elle rit de sa sottise, quitte à recommencer à la première occasion, avec la même sincérité momentanée et la même imprévoyance dans le choix des moyens d'exécution. Les hystériques sont de grands enfants qui se déterminent d'après des sentiments fugaces, qui passent d'un instant à l'autre de la gaieté à la tristesse, de la douceur à la violence, de l'amour à la haine et vice versâ. Il y a chez elles plus de puérilité que de désir de jouer sciemment la comédie.

Préjugé commun concernant la simulation des hystériques.

D'une manière générale on a beaucoup exagéré, ajoute M. Pitres, l'amour des hystériques pour la simulation, et cela parce qu'on a systématiquement attribué à des supercheries les phénomènes qu'on ne comprenait pas. On a vu des accidents rebelles à des traitements réputés actifs guérir après l'administration de pilules de *mica panis* et on en a conclu que ces accidents étaient simulés, ce qui constitue une faute de raisonnement, car l'imagination est, dans beaucoup de cas, un agent thérapeutique d'une incontestable puissance.

On a vu des hystériques accuser de crimes imaginaires des personnes innocentes, et quand la fausseté de ces accusations a été démontrée, on a déclaré que ces hystériques avaient menti sciemment, sans songer que leurs allégations pouvaient être l'expression très sincère d'une hallucination ou d'une systématisation délirante ayant pour base un phénomène pathologique réel.

En fait, la simulation est infiniment moins fréquente qu'on ne l'a dit et qu'on ne le répète encore tous les jours. L'accusation de tromperie est le plus souvent le résultat de l'ignorance ou du parti-pris d'observateurs inexpérimentés ; elle repose sur des erreurs d'interprétation et non pas sur l'analyse rigoureuse des faits.

Quand les possédées ou les sorcières du moyen âge affirmaient devant les tribunaux qu'elles avaient été transportées au sabbat sur un manche à balai, qu'elles y avaient eu commerce avec le diable, etc., il est impossible d'admettre qu'elles imaginaient de toutes pièces, pour le plaisir de se rendre intéressantes, une déposition qui devait avoir pour résultat de les faire condamner au bûcher. Elles disaient, en toute sincérité, tout ce qu'elles avaient vu et ressenti dans un moment d'hallucination sensorielle. Ainsi font les hystériques de nos jours ; elles racontent ce qu'elles éprouvent sans se préoccuper des conséquences de leur récit et ces conséquences ne sont pas toujours sans inconvénients sérieux : il y a des exemples d'amputations de la jambe pratiquées inconsidérément dans des cas de pied-bot hystérique. Des simulateurs eussent-ils consenti à subir de pareilles opérations pour se jouer de la crédulité de leurs chirurgiens ?

En somme, l'amour effréné des hystériques pour le mensonge est une légende sans fondement sérieux, contre laquelle témoignent à la fois le bon sens et l'observation clinique. Les hystériques sont très souvent de caractère mobile, fantasque, romanesque ; elles se laissent entraîner sans réflexion aux impressions du moment ; elles ont des tendresses ou des haines peu justifiées, mais elles ne sont pas toutes d'effrontées menteuses, ainsi qu'on voudrait le faire croire ; et quand on voit leurs prétendues comédies tourner vraiment au tragique, il y a lieu d'admettre la réalité pathologique au moins subjective des maux dont elles se plaignent.

De l'albuminurie chez les jeunes enfants.

M. Séjournet vient de décrire, dans l'*Union Médical du Nord-Est*, une forme d'albuminurie commune, non scarlatineuse, qui paraît être plus fréquente qu'on ne croit chez les enfants. Il l'a observée chez des sujets de onze à seize mois, nourris au biberon ou déjà sevrés et en général soumis à un régime très défectueux qui avait amené chez eux du ballonnement du ventre, de la dilatation stomacale et même de l'augmentation de volume du foie.

Cette albuminurie ayant toujours succédé à des désordres digestifs (vomissements, diarrhée), l'auteur la considère comme de nature infectieuse et la rattache aux substances toxiques, produits des fermentations anormales, qui, après résorption, filtrent par les reins où elles produisent une congestion pouvant aller jusqu'à la néphrite. Un des petits malades de l'auteur fut pris de scarlatine vingt-deux jours après la guérison de son albuminurie. Ce fait montre bien que, dans les cas en question, l'albuminurie n'était pas due à une scarlatine méconnue, fruste.

Dans les observations de M. Séjournet, l'albuminurie a presque toujours été accompagnée d'anurie, fait qui dénote l'état congestif ou inflammatoire des reins. Un des malades ne rendait qu'une douzaine de grammes d'urine par jour ; un autre n'a pas uriné du tout pendant deux jours et une nuit, sans cependant présenter d'accidents urémiques. C'est presque toujours cette anurie qui a mis l'auteur sur la voie d'une albuminurie possible. En effet, l'anurie et l'albuminurie sont deux phénomènes de même ordre et prouvent qu'il y a en même temps obstruction et lésion rénales.

Après l'anurie, le signe objectif le plus marquant est l'œdème des pieds et même des mains, des paupières ou de la face ; mais ces symptômes peuvent manquer.

La quantité d'albumine a été très variable : de 25 centigrammes à 2 gr. 50. La durée de la maladie a varié de deux à quatre semaines.

Le traitement consistait dans l'usage du lait coupé ou non d'eau de chaux, selon qu'il y avait ou non des vomissements ; dans l'administration de petits purgatifs à l'huile de ricin et au sirop de gomme mélangés, du calomel et du salicylate de bismuth pour l'antisepsie intestinale ; enfin, on faisait des frictions sèches sur la région lombaire

pour opérer une dérivation active du côté de la peau et décongestionner les reins.

De la scarlatine sans fièvre.

M. Wertheimber, dans le *Munch. Med. Woch.*, pose cette question: Existe-t-il une scarlatine apyrétique? Il est établi qu'il existe des cas de scarlatine fruste évoluant sans fièvre apparente et qu'il y en a d'autres dans lesquels l'éruption et tous les symptômes morbides sont tellement éphémères et l'état général si peu altéré que l'affection reste complètement ignorée du malade et de ses proches jusqu'à ce que certains phénomènes consécutifs tardifs plus apparents (desquamation, néphrite, œdème) viennent parfois démontrer l'existence antérieure de la scarlatine. D'autre part, les cas ne sont pas trop rares où, après une fièvre initiale plus ou moins forte, l'évolution ultérieure de la scarlatine est apyrétique. Enfin, on observe aussi un ordre inverse dans quelques rares cas exceptionnels: l'éruption se produit en l'absence de la fièvre, qui ne survient que dans la suite.

Mais toutes ces variétés plus ou moins connues de la scarlatine ne nous donnent pas encore une solution suffisante de cette question, à savoir s'il y a une scarlatine absolument apyrétique, dans laquelle, malgré l'existence des symptômes caractéristiques de la maladie, quoique rudimentaires, la fièvre manque complètement ou presque complètement depuis le début jusqu'à la fin de l'affection. Des observations probantes de ce genre n'ont pas encore été publiées.

L'auteur vient combler cette lacune en relatant deux cas dûment constatés de scarlatine apyrétique.

Dans ces deux observations, il s'agissait d'enfants de sept et six ans et demi, chez lesquels, pendant une éruption manifestement scarlatineuse, la température n'a pas dépassé 37°8 chez l'un et 38°1 chez l'autre. Dans les deux cas, la maladie évolua sans le moindre trouble de l'état général. Dans l'un deux, on vit apparaître, au dix-septième jour, une albuminurie qui disparut complètement au bout d'une semaine.

Dans les cas de ce genre, le diagnostic de la scarlatine, si facile habituellement, peut devenir d'une grande difficulté. L'élévation à peine marquée de la température, le caractère atténué et éphémère de l'éruption, les altérations morbides si peu apparentes de la muqueuse buccale et pharyngienne peuvent, en effet, facilement passer inaperçues. Il existe pourtant, d'après l'auteur, un signe assez constant pouvant mettre le médecin sur la voie du diagnostic de la scarlatine. C'est la désharmonie entre le pouls et la température, l'accélération considérable du pouls, malgré l'absence presque complète de fièvre.

Quoi qu'il en soit, il est malheureusement des cas où, par suite d'une disparition extrêmement rapide de l'éruption et malgré l'analyse la plus minutieuse des symptômes, le diagnostic des formes apyrétiques de la scarlatine reste incertain.

Salol dans la blennorrhagie.

Nous avons signalé en temps et lieu les recherches intéressantes du Dr Dreyfous sur ce sujet. M. Ch. Talamon vient de confirmer les résultats favorables annoncés par son regretté collègue des hôpitaux de Paris, si tristement emporté en pleine virilité scientifique. M. Talamon a traité, pour sa part, 4 malades atteints de blennorrhagie aiguë par le salol. Chez 2 de ces malades, la chaude-pisse datait seulement de 8 jours, très aiguë, avec mictions brûlantes et douloureuses, érections nocturnes, écoulement abondant de pus vert épais. Il a prescrit 6 grammes de salol par jour, pris par cachet de 1 gramme toutes les 3 heures. Dès le second jour, les douleurs en urinant avaient cessé et l'écoulement purulent était devenu moins épais. Le quatrième jour, l'écoulement était laiteux, quoique encore assez abondant. Le sixième jour chez l'un, le septième, chez l'autre on n'obtenait plus à la pression, qu'une goutte de sérosité un peu louche. L'écoulement était complètement tari chez le premier, le huitième jour, et il n'y a pas eu de rechute. Le second ayant pris une injection astringente a vu l'uréthrite reprendre avec une intensité nouvelle. Cette fois, le salol a bien calmé rapidement les douleurs, mais l'écoulement a persisté encore pendant 15 jours, d'ailleurs peu abondant et fluide, mais franchement purulent. Ce malade, de sa propre autorité, a pris pendant ces 15 jours, 6 grammes de salol par jour, sans éprouver le moindre malaise et sans remarquer la moindre coloration noire de ses urines.

2 autres malades avaient une blennorrhagie qui remontait chez l'un à 15 jours, chez l'autre à 3 semaines. Le premier n'avait pris que du bicarbonate de soude à l'intérieur et des bains; le second avait été traité par des boissons émollientes et des injections de sublimé. Tous deux avaient un écoulement purulent abondant, mais pas de douleurs vives en urinant; le second malade présentait le long du canal trois petites indurations de la grosseur d'un pois, assez douloureuses à la pression.

Ces deux malades ont pris quotidiennement 4 grammes de salol pendant 8 jours. Dès le 3e jour, l'écoulement avait changé d'aspect, était devenu laiteux et avait diminué de moitié. Le 8e jour, on obtenait plus en exprimant l'urèthre qu'une goutte de mucus un peu louche, que quelques injections au sulfate de zinc ont fait disparaître en quelques jours. Les indurations uréthrales que présentait un des malades avaient disparu au bout de 4 à 5 jours.

Dans ces 4 cas l'efficacité du salol a été remarquable, et l'amélioration pour ainsi dire immédiate. A vrai dire il s'agissait de blennorrhagiques dans des conditions très favorables. La maladie était à son début et n'avait été troublée et aggravée par aucune de ces médications perturbatrices et désordonnées qui éternisent l'écoulement; les malades étaient des gens soigneux, très avides de guérir rapidement, observateurs fidèles et exacts de la prescription et incapables de la moindre imprudence hygiénique ou vénérienne. Il n'en est évidemment pas toujours de même avec les blennorrhagiques.

La rapidité d'action du médicament n'en est pas moins remarquable. Il faut l'attribuer à la forte dose de salol administrée. Pour que l'action antiseptique de l'urine s'exerce sur les muqueuse uréthrales, il est indispensable que l'urine soit continuellement chargée d'acide phénique et d'acide salicylique— les deux composants du salol. — A cet effet, 6 *grammes de salol, dans les cas aigus récents*, 4 *grammes dans les cas plus anciens et moins douloureux*, nous paraissent la dose nécessaire. On les fera prendre *par cachets*

de un gramme, convenablement espacés dans les 16 ou 18 heures de la journée, pendant 7 à 8 jours; on diminuera ensuite la dose quotidienne suivant les résultats obtenus.

Le salol est facilement toléré par l'estomac ; aucun des malades n'a accusé le moindre malaise gastrique, et un d'eux a pris cependant 6 grammes de salol par jour, pendant plus de trois semaines. En dépit des assertions de Hesselbach, qui conclut de ses expériences sur le lapin que le salol est toxique et nuisible pour les reins en raison de la forte proportion de phénol qu'il contient, Salomon n'a observé aucune altération de l'urine, pas même la coloration noire phéniquée. Il est évident toutefois que c'est là un côté à surveiller, certains sujets pouvant présenter une intolérance qu'on n'observe pas chez d'autres.

MÉDECINE PRATIQUE

De la tuberculose cutanée.

Les portes d'entrée de la tuberculose. — L'inoculation par la peau. — Tuberculose ulcéreuse, papillomateuse, verruqueuse. — Gommes scrofulo-tuberculeuses. — Traitement.

I

La tuberculose nous environne. On ne saurait prendre trop de précautions contre elle. Depuis que sa contagiosité est démontrée, on a recherché les portes par lesquelles le bacille de Koch peut pénétrer en nous, et bien des découvertes intéressantes ont été faites.

La voie respiratoire, la première connue et soupçonnée depuis qu'il existe des phthisiques et des médecins, est sans doute la plus fréquente ; c'est aussi celle qu'il nous est le plus difficile, disons même qu'il est impossible de fermer à l'ennemi. L'inhalation de poussières contenant des bacilles tuberculeux est une circonstance inévitable dans les villes où tant de phthisiques crachent sur le sol, et il en faut prendre son parti. Tâchons de respirer par le nez de manière à retenir le plus grand nombre de poussières dans les anfractuosités des fosses nasales dont le mucus les fixe et d'où ils seront ultérieurement expulsés. Disons-nous surtout que les bacilles, qui pénètrent dans les voies aériennes, même profondément, n'y feront sans doute pas grand dégât si l'épithélium est intact. Certaines grandes cellules des parois alvéolaires faisant office de phagocytes consomment journellement une grande quantité de microbes pathogènes ou saprophytiques venus du dehors. Il faut au contraire se défier de l'arrivée de microbes pathogènes, quand la muqueuse des bronches est en voie de desquamation catarrhale. C'est quand on vient d'avoir une rougeole, une coqueluche, c'est quand on a des bronchites fréquentes qu'il faut éviter, si on le peut, d'aller au-devant des bacilles.

La voie intestinale est, après la voie respiratoire, la plus fréquente porte d'entrée de la tuberculose. Mais celle-là est déjà plus facile à fermer aux bacilles. D'abord le phagocytisme s'y exerce avec une activité incessante et plus grande que dans la muqueuse respiratoire. Ensuite le suc gastrique normal, ayant sa teneur en acide chlorhydrique, est très microbicide ; à chaque arrivée des aliments dans l estomac, la marée du suc gastrique vient anéantir la plupart des microbes que les aliments ont apportés. Enfin la cuisson des aliments, l'ébullition, nous offrent des garanties contre l'infection.

II

Les téguments cutanés et muqueux n'ont pas été tout d'abord soupçonnés de livrer passage aux bacilles de Koch. Mais peu à peu l'observation a révélé des cas de transmission de la tuberculose par les organes génitaux, surtout chez la femme.

La peau semblait, par l'épaisseur de son revêtement épidermique, offrir une barrière particulièrement efficace aux bacilles qui pourraient se trouver en contact avec elle. L'expérimentation avait bien démontré à Villemin que l'inoculation de la tuberculose peut se faire par la peau chez les animaux. Mais on pensait qu'il fallait un traumatisme assez violent pour introduire par effraction le virus dans les voies absorbantes. L'observation clinique est venue prouver par un nombre de plus en plus grand d'observations que la transmission de la tuberculose par voie cutanée est possible et même relativement fréquente.

Il faut sans doute une perte de substance de l'épiderme, mais ce peut être une simple excoriation, une fissure minime. A ce point de vue, le numéro de septembre des *Archives de médecine expérimentale*, publiées sous la direction de M. Charcot, par MM. Grancher, Lépine, Straus et Joffroy, contient une instructive observation de tuberculose cutanée primitive par MM. W. Dubreuilh et B. Auché, médecins des hôpitaux de Bordeaux. Une jeune femme en pleine santé et sans antécédents de famille suspects entre au service d'une dame atteinte de phthisie pulmonaire qui crachait abondamment dans ses mouchoirs, que sa domestique lavait elle-même, frottant le linge de la main droite fermée en appuyant surtout sur les articulations fléchies des derniers doigts. La dame meurt au bout de quelques semaines ; deux jours après, la domestique s'aperçoit qu'elle souffre un peu des deux derniers doigts de la main droite et remarque une petite tuméfaction accompagnée de rougeur et de douleur à la pression au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne des doigts du côté de l'extension. Bientôt cette nodosité s'ouvre et donne naissance à un peu de pus séreux, écoulement qui se renouvelle de temps en temps. Six jours plus tard, on découvre dans l'aisselle un ganglion du volume d'une noix, qui devient fluctuant et s'ouvre trois semaines après, donnant issue à du pus ; l'ouverture est restée toujours fistuleuse depuis. Plus tard plusieurs nodosités, variant comme volume d'un grain de blé à une noisette apparaissent successivement en différents points de l'avant-bras et du bras, les unes se ramollissant et s'ouvrant pour laisser des fistules, d'autres restant ramollies, mais non altérées.

Il y a des nodules sous-cutanés et d'autres intra-cutanés, dont deux réunis par un cordon induré, du volume d'une aiguille à tricoter. La lésion initiale, médiocrement saillante, à contours inclinés, se confond graduellement avec les parties voisines par une zone érythémateuse, et est recouverte à sa partie centrale de squames, blanches, dures, épaisses, cornées, adhérentes, irrégulières et comme hérissées, lésion douloureuse à la pression, mais non spontanément : c'est ce qu'on a appelé une tuberculose verruqueuse. Les autres lésions sont des gommes tuberculeuses de la lymphangite tuberculeuse et de l'adénite tu-

berculeuse. Un foyer de congestion pleuro-pulmonaire se constitue à la base du poumon droit, (matité, disparition des vibrations et du murmure vésiculaire, toux légère, anémie). En présence d'accidents aussi nettement reliés entre eux et de l'échec d'un traitement iodo-mercuriel donné pour la forme au cas où il se fût agi d'accidents syphilitiques insolites, le Dr A. Boursier enlève au bistouri les deux plaques verruqueuses des doigts et en cautérise l'implantation au thermo-cautère, excise ou vide avec la curette les nodules disséminés, ouvre, racle ou cautérise les gommes et enlève dans le creux axillaire plus de vingt ganglions plus ou moins caséeux. Toutes les plaies opératoires ont bien guéri, sauf celle de l'aisselle qui est restée fistuleuse. Plusieurs mois après, l'état général était excellent, malgré une grossesse assez avancée. Les signes stéthoscopiques de la base du poumon droit s'étaient réduits à quelques légers frottements ; un peu de rudesse de la respiration avec tonalité élevée à la percussion au sommet gauche.

L'examen microscopique et bactériologique, les inoculations en séries aux cobayes ont affirmé la nature tuberculeuse des fragments de tissus enlevés.

Ainsi, voilà un cas bien net de tuberculose cutanée primitive inoculée sans plaie par les insignifiantes fissures épidermiques que peut déterminer le frottement du linge qu'on lave et la macération dans l'eau de savon. On a vu en peu de semaines l'extension des lésions bacillaires à tout le membre et même le début d'infection des poumons. L'intervention opératoire a été bien conduite, hardie et a donné un excellent résultat. Il eût mieux valu sans doute qu'elle eût été faite à une époque plus rapprochée de la lésion initiale; le poumon eût probablement été préservé. L'intérêt d'un cas semblable est de rendre à l'avenir ceux qui en auront eu connaissance, plus confiants dans l'utilité d'une éradication hâtive.

III

MM. Dubreuilh et Auché ont pu réunir une soixantaine d'observations de transmission de la tuberculose par voie cutanée. 17 fois ce fut la *circoncision* qui ouvrit la porte aux bacilles. L'opérateur, on le sait, suce la plaie du prépuce pour arrêter l'hémorrhagie ; du moins c'était ainsi jusqu'à l'année dernière ; maintenant, le consistoire israélite a modifié le rituel et interdit la succion. Quand l'opérateur avait des lésions tuberculeuses de la langue ou même dans la salive des bacilles venus du poumon, on voyait évoluer la série des accidents suivants : cicatrisation nulle ou incomplète et persistance de la suppuration. Entre huit jours et six semaines apparition sur la plaie opératoire de nodules qui s'ulcèrent ; l'ulcération s'accroît par fusion avec des nodules voisins. Puis les ganglions inguinaux se tuméfient, se ramollissent, s'ouvrent ; un pus grumeleux s'écoule ; des fistules ou de larges ulcérations anfractueuses se multiplient dans les régions inguinales, tandis que d'autres abcès froids ganglionnaires apparaissent à distance sur les membres, le tronc, la tête même. La mort survient au bout de quelques mois par marasme, tuberculisation pulmonaire ou méningite tuberculeuse. Cependant des enfants ont guéri soit spontanément après de longues suppurations, soit après raclage et cautérisation des ulcérations, extirpation des ganglions infectés ; alors que la présence des bacilles avait été constatée par l'examen microscopique et les inoculations aux cobayes.

On possède aussi l'observation d'un enfant de 7 mois, qui se fit plusieurs blessures à la face en tombant sur le crachoir brisé de sa mère phthisique. Les plaies, lavées au sublimé, guérirent d'abord ; mais six semaines après, les cicatrices se rouvrirent pour donner naissance à des ulcérations torpides ; puis des adénites cervicales suppurées multiples amenèrent la mort en cinq mois ; tous les ganglions du cou furent trouvés à l'autopsie caséeux ou suppurés ; on ne trouva d'autres lésions à distance que deux petits tubercules dans la rate.

Ces faits prouvent que la tuberculose inoculée par la peau chez le jeune enfant est excessivement grave et d'une marche rapide.

Chez l'adulte la marche est beaucoup plus lente et la symptomatologie tout autre.

Mais voyons d'abord quels ont été les modes d'inoculation dans les observations recueillies jusqu'à ce jour. Tantôt il s'agissait de lésions antérieures diverses de la peau (furoncle, brûlure, eczéma, acné) infectées secondairement par le virus tuberculeux ; tantôt la porte d'entrée a été une coupure, une piqûre, l'autopsie, un tatouage, une morsure, la perforation du lobule de l'oreille, une injection de morphine avec une seringue infectée. Dans d'autres cas il a suffi pour laisser pénétrer les bacilles dans le système lymphatique, d'une érosion insignifiante.

Les bacilles ne viennent pas toujours du dehors, comme dans l'observation de la domestique qui lavait les mouchoirs de sa maîtresse phthisique ou dans les cas de succion du prépuce par un circonciseur phthisique. Dans certains cas un sujet déjà porteur de lésions tuberculeuses se fait un traumatisme ; les bacilles en circulation dans son sang ou ses vaisseaux lymphatiques, ou contenus dans ses crachats, viennent infecter secondairement le point traumatisé. Charrin a montré expérimentalement que la tuberculose ne donne aucune immunité et que chez un animal rendu tuberculeux par une première inoculation on peut provoquer une nouvelle tuberculose locale. Dans un cas une ulcération tuberculeuse primitive du pouce s'est inoculée à l'index dans le point correspondant.

IV.

La marche de la tuberculose cutanée primitive chez l'adulte est variable.

Tantôt le début est une sorte de panaris à évolution lente laissant après lui une ulcération ou une fistule, suivie ultérieurement de lymphangite, d'abcès et d'ulcérations de la main, de l'avant-bras, de synovite fongueuse, d'adénites.

La lésion primordiale est plus souvent de nature franchement *ulcéreuse* : un nodule dur et douloureux apparaît sur la cicatrice d'une plaie récente, suppurant, donnant lieu à une ulcération à contours irréguliers, géographiques ou à des ulcères multiples, taillés à l'emporte-pièce, confondus sous la même croute ; les bords de l'ulcère sont à pic, parfois décollés ; d'un rouge violacé ou livide, le fond est sanieux, inégal ; la suppuration est peu abondante et se concrète en croûtes grisâtres ou d'un gris verdâtre, peu adhérentes. Les ulcérations tuberculeuses de la peau sont presque indolentes. Les caractères sont à

peu près les mêmes dans les ulcères tuberculeux primitifs par inoculation chez des sujets sains (tuberculomes primitifs) et les tuberculoses secondaires survenant chez des individus déjà infectés. Les ulcérations tuberculeuses primitives peuvent atteindre de grandes dimensions, jusqu'à 11 centimètres de long (Hanot). Partiellement elles peuvent se cicatriser ou se transformer en une seconde forme, qui à l'état indépendant est la tuberculose *papillomateuse* ou *verruqueuse* décrite par Riehl et Paltauf en 1885 86, et proche parente, sinon identique, à la lésion connue de longue date sous le nom de *tubercule anatomique*.

Le tubercule anatomique n'est pas rare chez les étudiants. J'en ai eu trois pour ma part au cours de mes études, deux sur les doigts, un sur la face dorsale de la main droite ; ils m'étaient venus pendant le seul hiver de 1880 où, interne dans un service consacré exclusivement aux phthisiques, j'ai fait personnellement plus de 300 autopsies de tuberculeux. La genèse de ces accidents n'est pas malaisée à comprendre ; si on ne se coupe pas avec le couteau à autopsie, on se pique à un fragment de côte rugueux, ou bien on a quelque érosion insignifiante causée par le lavage trop fréquent des mains avec de mauvais savons, ou l'immersion fréquente dans les solutions antiseptiques. Pendant une heure les mains baignent dans le sang, le pus ou la sérosité qui s'écoulent des viscères tuberculeux. Le singulier, c'est que l'inoculation ne soit pas plus fréquente. En 1880, on ne savait pas au juste ce qu'était le tubercule anatomique. Koch n'avait pas encore fait connaître le bacille tuberculeux, qu'on y a trouvé depuis dans la plupart des cas.

Le tubercule anatomique débute tantôt par un nodule ou une papule qui forme un abcès gros comme un grain de chènevis, et se recouvre d'une croûte sèche, tantôt commence d'emblée par une petite ulcération qui se recouvre de croûtes. Sous celle-ci se développent des saillies papillaires, hérissées, engainées de croûtes adhérentes. L'ensemble forme une plaque plus ou moins saillante. On dirait une agglomération de verrues ou un papillome corné. Ou bien, sous la croûte, en pressant la petite masse entre ses doigts, on fait sourdre de petites gouttelettes de pus épais par une foule d'orifices situés dans l'intervalle des saillies papillaires. Autour de la saillie verruqueuse se trouve une zone rouge foncé ou livide qui va se confondre avec la peau saine. Parfois le centre s'affaisse, se cicatrise, pendant que le processus continue à la périphérie. La guérison même peut s'opérer spontanément d'une façon complète ; il en fut ainsi pour deux de mes tubercules. Le plus gros végéta au contraire lentement, mais sûrement, pendant deux ans. Si j'avais su alors ce qu'on a su depuis, c'est-à-dire que le tubercule anatomique a plusieurs fois donné lieu à des foyers d'infection tuberculeuse secondaire le long des lymphatiques et des ganglions de l'avant-bras, du bras et de l'aisselle et enfin à une généralisation viscérale, je n'aurais pas respecté si longtemps cette difformité qui n'était que désagréable et médiocrement douloureuse. Mais, quand je fus interne à Saint-Louis, M. E. Besnier me communiqua son opinion sur la nature vraisemblablement bacillaire du tubercule anatomique et m'en débarrassa radicalement par le raclage avec la curette de Volkmann. La marche du tubercule anatomique est en général des plus lentes ; il paraît différer peu de la *tuberculose verruqueuse* de la peau décrite par Riehl et Paltauf, dont la description a été analysée par Merklen en 1886 dans les *Annales de Dermatologie* et reproduite dans le récent et excellent livre de Brocq sur le traitement des maladies de la peau.

Cette affection siège habituellement sur la face dorsale des mains et des doigts et les espaces interdigitaux. Elle consiste en plaques d'un pois à une pièce de cinq francs en argent, arrondies, ovalaires ou serpigineuses par confluence de plusieurs éléments. Chaque placard comprend une zone périphérique, érythémateuse, lisse ; une zone plus intense, où la peau est d'un brun livide, couverte de petites pustules très superficielles transformées ensuite en croûtelles et squames ; une zone centrale saillante de 2 à 5 millimètres au-dessus des téguments, hérissée de saillies papillomateuses d'autant plus accentuées qu'on s'approche plus du centre et couvertes de croûtes adhérentes d'épiderme corné ; entre les papilles sont des fissures, des rhagades, de petits abcès intra-dermiques gros comme des têtes d'épingle, d'où la pression fait sourdre des gouttelettes de pus. Cette lésion, qui dure de 2 à 15 ans, s'étend d'une façon irrégulière et intermittente par toute sa périphérie ou par quelques points seulement. Fort sensible à la pression et au moindre contact, elle finit en général par rétrocéder par affaissement des saillies verruqueuses et formation d'une cicatrice squameuse mince, superficielle, ayant un aspect criblé ou réticulé sur un fond violacé. Riehl et Paltauf ont trouvé des bacilles tuberculeux nombreux dans les coupes des placards verruqueux.

Ils séparent nettement la tuberculose verruqueuse du *lupus* exedens ou non exedens, dans lequel les bacilles se trouvent en si petit nombre qu'on les a longtemps cherchés sans succès : la première est plus bénigne, pourtant, puisqu'elle n'a point la tendance extensive du lupus et ne s'accompagne pas d'infection générale secondaire. Je ne parlerai pas ici du lupus vulgaire, bien que, dans ses formes non ulcéreuses ou ulcéreuses, il doive être considéré comme une tuberculose cutanée ; car j'ai résumé son histoire dans ce journal même. Le lupus dit érythémateux ne paraît pas devoir être classé parmi les tuberculoses locales jusqu'à nouvel ordre (Brocq, Leloir).

V

Il me reste à dire ce que sont les *gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques* qu'on peut observer à tous les âges, mais surtout vers l'adolescence ; dans toutes les régions du corps, mais surtout à la face, aux régions rétro et sous-maxillaires, au cou, au thorax. M. E. Besnier en a donné une description parfaite :

Elles débutent par de petites infiltrations ou nodosités tuberculeuses, correspondant à une tache rouge livide de la peau, indolentes, mais non indolores et relativement aphlegmasiques. Plus ou moins rapidement, en quelques semaines ou quelques mois, elles s'élèvent, s'étalent, s'étendent parfois en diverses directions, souvent selon une ligne à peu près droite, cheminent de la profondeur du derme vers sa superficie en se ramollissant sur un point ou sur plusieurs points à la fois ou successivement, puis se perforent au centre du foyer de régression, constituant dès ce moment des cavités, des culs-de-sac à fond plus

large que l'orifice, à voûte fournie par le derme altéré; il se produit des décollements,des clapiers, des trajets fistuleux, de véritables cavernes dermiques.

Les produits éliminés au dehors sont du sang, une sérosité louche, jaunâtre, quelquefois filante, sanieuse, du pus ou des produits pyoïdes. Tantôt les orifices restent plus ou moins étroits, fistuleux ou obturés par des concrétions croûteuses, lesquelles sont chassées elles-mêmes de temps à autre par la pression du liquide qui s'accumule dans la caverne ; puis, avec une assez grande lenteur, l'infiltration périphérique s'accroît et subit des phases semblables à celles que la portion centrale a déjà parcourues.

Si plusieurs infiltrats sont voisins, se rencontrent dans leurs cheminements ou se juxtaposent, les cavités communiquent par des trajets plus ou moins sinueux et donnent lieu à une agglomération de véritables clapiers. A cette période, soit spontanément, soit surtout avec des soins appropriés, les surfaces décollées peuvent être (toujours imparfaitement) rétablies dans leur adhérence en conservant très longtemps leur couleur livide et en donnant lieu à des cicatrices superficielles bordées de fragments de derme atrophié, épidermisées isolément et formant des sortes de festons irréguliers pédiculés ou sessiles, médiocrement vascularisés, et qui ne peuvent être réparés que par l'excision ou le raclage.

Dans d'autres cas la partie ou la totalité des voûtes ou ponts dermiques disparaît, laissant à la place de la lésion primitive des ulcérations plus ou moins étendues, à fond bourgeonnant, blafard, saignant et se recouvrant incessamment de croûtes fines adhérentes et tenaces. Dans quelques cas exceptionnels il y a en même temps progression excentrique et formation de vastes ulcérations superficielles de forme irrégulière qui appartiennent surtout à la scrofule cutanée serpigineuse, maligne ou galopante.

Les gommes dermiques sont superficielles ou profondes, isolées ou solitaires, agglomérées en groupes plus ou moins étendus, cohérentes ou confluentes, piriformes, tuberculoïdes, nodulaires, ecthymatiformes ; d'autres fois elles s'étendent en nappes plus ou moins vastes, fréquemment ovalaires, olivaires, cylindroïdes, linéaires, digitiformes. Parfois elles coexistent avec des gommes profondes.

Leur marche et leur durée sont des plus variables ; mais ce qui est propre à toutes les formes et à toutes les variétés, c'est la longue durée de la période d'élimination, de décollement, d'ulcération et de cicatrisation, c'est la zone livide qui entoure les collections ouvertes, c'est la cicatrice plus ou moins vicieuse qui leur succède, longtemps livide, vascularisée, jamais pigmentée à sa périphérie.

VI

Le traitement de la tuberculose cutanée doit être à la fois général et local.

La créosote, l'arsenic, l'iodoforme paraissent les meilleurs modificateurs généraux. On a conseillé encore l'acide phénique, l'huile de Chaulmoogra, le chlorate de potasse, le chlorure de sodium. M. Grancher et Brocq considèrent l'huile de foie de morue, prise longtemps et à très hautes doses, comme le meilleur traitement interne. J'ai vu à la Clinique des Enfants-Malades une fillette de 12 ans prendre et digérer 12 à 14 cuillerées à soupe d'huile de foie de morue par jour. Il est rare qu'on puisse atteindre ce chiffre, mais avec insistance, en faisant prendre beaucoup d'exercice au grand air, on arrive à faire prendre et digérer 6 cuillerées. Moi, je préfère donner moins d'huile, mais la donner créosotée. Je n'ai jamais vu, pas plus que Iscovesco, les tuberculoses cutanées guérir uniquement par le séjour au bord de la mer.

Le traitement local comprend, dans les premières périodes, les badigeonnages réitérés de teinture d'iode ou de solutions phéniquées, les applications de compresses imbibées d'eaux-mères de Salies-de-Béarn. Les cataplasmes de fécule en cas de réaction inflammatoire excessive.

La tuberculose verruqueuse comme le tubercule anatomique sera attaquée par les cautérisations au thermo-cautère, par le raclage à la curette, après anesthésie locale avec l'éther, la glace pilée, le chlorure de méthyle, ou les injections périphériques et interstitielles d'une solution de cocaïne ; on pansera ensuite au sublimé, à l'iodoforme, au salol ou à l'aristol.

Quand les gommes menacent de s'ouvrir, on essaie la ponction aspiratrice, suivie d'injection d'éther iodoformé. On réussira rarement à prévenir l'ulcération de la peau, et dès lors mieux vaut inciser nettement, racler minutieusement les parois de la poche ou les replis du clapier, en modifier les surfaces sécrétantes avec la teinture d'iode, le chlorure de zinc, le sublimé, le nitrate acide de mercure ; les pansements à l'iodol, au naphtol camphré, au styrax sont bons aussi. Il est utile de les varier quand la cicatrisation est trop lente.

On a beaucoup vanté depuis quelque temps l'acide lactique contre les tuberculoses locales en solution à 80 p. 100 dans l'eau (Rafin), pur ou coupé d'une ou deux parties d'eau suivant la sensibilité (Brocq). On aura soin d'insensibiliser la surface avec la cocaïne, avant de cautériser, chez les personnes pusillanimes. L'acide lactique paraît mieux réussir dans les ulcérations tuberculeuses des muqueuses que dans celles de la peau.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins de quartier.

La situation des medecins de quartier, des médecins de la famille, même des plus savants, des plus répandus, devient chaque jour plus difficile : le nombre des médecins de la capitale ne fait que s'accroître, comme celui des médecins des environs de Paris. Première cause de gêne. Les tribunes médicales, la presse politique prodiguent directement au public des notions médicales. En passant par l'entendement, forcément peu ouvert des lecteurs aux mystères de notre profession qu'on veut leur dévoiler, ces notions rendent les malades exigeants et raisonneurs. Ils l'étaient déjà assez, lorsqu'on les laissait dans une salutaire ignorance.

Donc ils sont plus difficiles. Mais aussi combien ils deviennent changeants ; on disait : *changeant comme l'onde* ; on dira bientôt, à plus juste raison ; changeant *comme un lecteur assidu des causeries médicales affriolantes.*

Voici, d'autre part, les propos que, chaque jour,

la famille la plus raisonnable tient à son médecin ordinaire : « Cher docteur, le bébé était malade ; nous avons consulté M. X..., le *spécialiste* pour les enfants. Notre fils avait mal à l'*œil* ; notre fille à *la gorge* ; le père mal aux reins.... Nous avons consulté MM. Y. Z... et suivi leur traitement. »

Vous voyez la figure que peut faire le médecin de la maison. Il ne peut se fâcher et il se demande, avec quelque anxiété, ce qui lui restera bientôt de son empire passé, dont toutes les provinces se spécialisent ! Il ne saura bientôt plus s'affirmer sur aucun point et sa seule ressource sera de connaître les adresses des spécialistes, pour les fournir à ses clients, s'ils les réclament.

Il n'est pas au bout de ses peines : il pourrait encore peut-être s'imposer en certains cas. Mais vous allez voir quels seront les nouveaux sacrifices qu'on va lui réclamer ; les postures, les costumes qu'on va lui imposer.

C'est un excellent écrivain médical, dont nous avons reproduit récemment un feuilleton intéressant, qui livre, pieds et poings liés, le praticien aux exigences folâtres des mères de famille.

Quand vous aurez lu le morceau que nous extrayons d'un article du *Figaro*, article intitulé la *Guerre aux microbes*, vous jugerez si ce n'est pas le médecin qui va payer tous les frais de cette guerre.

Et ce qu'il y a d'assez triste pour lui, c'est que les exigences formulées par M. de Fleury peuvent se justifier en bien des cas et que leur observance préserverait parfois la vie des gens.

Cependant nous estimons que M. de Fleury a voulu trop prouver et qu'il devait s'adresser aux médecins et non aux mères de famille pour justifier ses prescriptions draconiennes, qui mettent le médecin en posture assez ridicule, sans compter qu'avec les pertes de temps qu'on lui impose, il sera contraint d'élever de beaucoup le prix de ses visites.

H. C.

* * *

« Les médecins eux-mêmes ne sont pas ce qu'ils devraient être. Le Dr Maurice Letulle, parlant du rôle des praticiens en face des maladies infectieuses, démontre que le médecin est lui-même un redoutable agent de transmission des maladies. Les cas précis qu'il cite sont nombreux et ne savons-nous pas tous que les enfants de médecins sont très souvent victimes des maladies que leur porte leur père ?

Avec ce que nous connaissons aujourd'hui des microbes et de la contagion, on peut remédier à cela, il faut que le public le sache.

Un accoucheur, un chirurgien, avant de faire un pansement, exigent qu'on leur donne — pour se désinfecter eux-mêmes et préserver leur malade — des solutions sublimées et phéniquées ; ils se lavent les mains et les ongles avec une minutie qui serait ridicule si elle n'était indispensable. Or, les médecins sont plus exposés qu'eux à fréquenter de plus nombreux microbes ; ils devraient donc se considérer comme obligés aux mêmes précautions.

Mamans qui appelez chez vous votre docteur pour votre enfant malade, dites-vous bien que ce docteur, avant d'entrer chez vous, vient peut-être de voir un client atteint d'érysipèle, de pneumonie, de scarlatine ou de rougeole. *Etonnez-vous à haute voix* s'il n'envoie pas chercher chez le pharmacien des solutions antiseptiques, pour se laver devant vous les mains et la figure, car c'est avec sa tête qu'il ausculte. Offrez-lui d'ôter sa redingote et de retrousser ses manches sans gêne et mettez à sa disposition un vêtement spécial et commode, blouse neuve par exemple, dont il ne se servira que pour approcher votre enfant, et que vous ferez après désinfecter à l'étuve du quartier. Si votre petit malade n'est qu'enrhumé, vous le préserverez ainsi d'une contagion peut-être mortelle. Il faut que l'on sache cela.

Et il faudrait aussi que toutes ces questions fussent réglementées par des lois. La preuve est faite : on ne peut guère hésiter maintenant. Il y a des précédents, du reste.

Cette année même, à Lorient, une sage-femme ayant soigné une accouchée atteinte d'infection puerpérale, un médecin lui déclara que, sous peine de multiplier autour d'elle les malheurs, il lui fallait, pendant quelques jours, cesser d'exercer. La sage-femme n'en voulut rien croire, et les six accouchées qu'elle soigna consécutivement moururent de la fièvre puerpérale. La sage-femme fut condamnée à six mois de prison. Qu'on se le dise.

Un praticien, que je me garderais bien de nommer, refuse absolument d'admettre la doctrine microbienne. A l'appui de sa théorie, il préconise le *pansement sale*, comme il dit lui-même. Il s'est permis un jour de faire une ovariotomie dans ces conditions : la femme est morte — naturellement. Ce chirurgien n'est pourtant pas un malhonnête homme ; il ne tue pas pour le plaisir et j'imagine qu'il n'a nulle envie de recommencer... Mais une bonne loi, réglementant ces choses, l'eût peut-être empêché de tuer cette femme.

* * *

Oui, nous sommes très loin de la perfection. Mais avec ce que l'on sait aujourd'hui des microbes et de leurs ravages, on peut faire beaucoup de bien ; on peut surtout empêcher beaucoup de mal, diminuer énormément les mortalités par contagion. Il suffit de mettre en pratique nos connaissances actuelles.

Les sceptiques riront, puisque c'est leur coutume ; ils diront : « A supposer même que vous réussissiez, la pauvre humanité souffrira par ailleurs, par son système nerveux notamment de plus en plus fragile à mesure que vieillit le monde. »

Je ne crois pas que ce soit vrai. Mais à supposer meme que le progrès soit, théoriquement, philosophiquement, plus apparent que réel, à supposer que cette révolution dans la thérapeutique ne soit qu'une évolution, n'est-ce pas tout de même, comme je disais tout à l'heure, un curieux et encourageant spectacle que celui de l'homme luttant pour l'existence, comme il le fait en ce moment ? »

Maurice de Fleury.

Dispositions testamentaires en faveur des médecins.

L'article 900 du Code civil porte : « Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne

pourront profiter des dispositions entre-vifs ou testamentaires qu'elle aura faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie ...., etc.

« Seront réputées personnes interposées, le père, la mère, les enfants et descendants, l'époux de la personne incapable. »

Cette loi, étant une loi d'exception, doit être strictement limitée à ses propres termes et ne peut recevoir d'extension. Il s'agit de savoir à quelle époque commence la dernière maladie, et l'on sait à cet égard que les tribunaux ont donné des interprétations des plus contradictoires et parfois des plus fantaisistes.

Le sens commun indiquerait que la dernière maladie commence alors que l'affaiblissement, la déchéance s'affirment sans arrêt notable, sans interruption prolongée. S'il fallait remonter à la première manifestation tuberculeuse, au premier rhumatisme qui s'est compliqué d'une affection du cœur, on pourrait souvent les faire partir de la vie intra-utérine.

Lorsque plusieurs mois ou, à plus forte raison, plusieurs années de santé apparente permettant la vie ordinaire, ont séparé deux crises ou deux manifestations d'une maladie, il est rationnel de les considérer comme absolument distinctes.

C'est à cette jurisprudence que s'est arrêté le tribunal d'Angers dans son jugement du 20 mai dernier, et nous l'en félicitons pleinement.

Voici le résumé de l'affaire :

Mme Bourgeois, morte le 9 janvier 1889, laisse sa fortune, 400.000 francs, à Mme Bahuaud, tante du docteur Bahuaud. Le testament est daté du 28 octobre 1884. — Le docteur Bahuaud ayant soigné Mme Bourgeois jusqu'à sa mort, les héritiers prétendent : 1° Que le testament a été fait pendant la dernière maladie ; 2° que Mme Buahaud, tante du docteur, est une personne interposée, et qu'en réalité, la libéralité est faite au docteur lui-même.

Notons tout d'abord que la loi ne considère pas une tante comme toujours interposée, et que c'est au demandeur de le démontrer.

Sans même rechercher si cette interposition était réelle, le tribunal :

« Attendu, en droit, que la dernière maladie ne commence pas avec le germe fatal qui, plus tard, entraînera la mort ;

Que conformément au principe posé par la Cour de Paris dans son arrêt du 8 mars 1867, le point de départ de la maladie mortelle doit être au contraire fixé au moment où est arrivé pour le malade l'état morbide qui défie tous les efforts de la médecine et n'admet plus que les palliatifs pour la douleur et les distractions pour les préoccupations du malade, ou, en d'autres termes, à la période où l'état du malade a été définitivement déclaré désespéré et où les progrès nécessaires du mal ont dû bientôt amener la mort ;

« Attendu que la dame Bourgeois a vécu plus de cinq anées après la confection de son testament du 28 octobre 1884.

« Qu'il résulte des énonciations de son registre domestique que, en particulier pendant le second semestre de 1884, c'est à-dire pendant les mois qui ont précédé et suivi l'époque de la confection du testament, la dame Bourgeois était dans un état de santé qui lui permettait de : 1° faire en août des voyages de pur agrément, notamment sur les bords de la mer, à Pornic et à Préfailles, ainsi qu'une excursion à l'île de Noirmoutiers ; 2° diriger son intérieur et tenir compte de ses dépenses quotidiennes avec la plus minutieuse exactitude ; 3° prendre en novembre et décembre des abonnements aux concerts et au théâtre ;

« Que, à la même époque, elle ne faisait que des dépenses insignifiantes de médicaments :

Qu'il appert de la correspondance versée aux débats et émanant tant de la testatrice que d'une amie de cette dernière ou du docteur Bahuaud, que, à partir de 1888, la santé de la dame Bourgeois semble plus sérieusement compromise ; mais que l'état révélé par cette correspondance, de même que tous les autres éléments du débat, démontrent encore manifestement que, plus de trois ans auparavant, à l'époque de la confection du testament, la dame Bourgeois n'était ni une mourante ni une malade désespérée, que la maladie de cœur et de nerfs, dont elle pouvait être atteinte, n'était pas en tout cas susceptible d'être considérée comme ayant, suivant la doctrine de l'ancien droit, un trait prochain à la mort, non plus comme se rattachant à la mort d'une manière immédiate et déterminante, etc.

« Déclare les héritiers mal fondés dans leur demande et repousse les conclusions subsidiaires à fin d'enquête. »

(*France médicale.*)

CORRESPONDANCE

Licenciés et docteurs en médecine.

Clermont-Ferrand, le 22 septembre 1890.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT (PUY-DE-DOME).

Monsieur et très honoré collègue,

Dans un article signé H. C. du 20 septembre du *Concours Médical* que vous avez eu l'obligeance de m'envoyer, vous critiquez notre adresse à nos représentants sur deux points :

1° Sur le titre de licencié que nous demandons pour le premier grade du médecin.

2° Sur ce que, dites-vous, nous voulons donner aux campagnes des médecins moins instruits que ceux des villes.

Permettez-moi de profiter de la liberté de polémique que vous accordez toujours si volontiers dans votre journal pour répondre à ces deux objections.

Et d'abord nous avons choisi le titre de licencié par analogie avec ce qui se passe pour les autres branches des sciences, mais nous ne tenons nullement à ce titre si nos confrères ne veulent pas l'admettre.

Quant au second point, remarquez bien que ce que nous désirons, c'est de conserver des médecins dans nos campagnes, que les docteurs désertent de plus en plus parce que leurs études leur coûtent trop cher ; que, si nous supprimons les officiers de santé, nous voulons au moins que les élèves peu fortunés puissent arriver à obtenir le titre de médecin pour aller remplir les vides qui se font de plus en plus hors des villes, et c'est pour cela que nous demandons qu'ils puissent faire toute leur scolarité et passent leurs examens dans nos écoles où les dépenses matérielles sont certainement beaucoup moins fortes que dans les Facultés ; mais loin de vouloir mettre ces confrères dans un rang inférieur, nous entendons exiger pour

eux le même temps de scolarité et les mêmes examens sauf la thèse que pour les docteurs actuels.

Pour le grade supérieur dont nous parlons, ce serait un grade honorifique, comme dans le droit, que chercheront à obtenir tous ceux qui s'en sentiront capables, mais qui ne les rendra pas meilleurs praticiens pour cela, il les rendra seulement plus savants.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Directeur de l'Ecole de Clermont.

Nous répondrons à notre très honorable correspondant qu'il dépend du gouvernement de rendre les études du Doctorat moins onéreuses, en diminuent les frais d'examens et de thèse. La durée des études est à peu près la même pour l'officiat et pour le doctorat. Les étudiants pourront passer, dans les écoles secondaires, une ou plusieurs années, puisqu'on se propose de créer un jury unique qui se transportera dans les facultés et écoles. Mais nous persistons à penser que l'occasion est propice pour supprimer le titre médical inférieur et que les avantages de cette suppression l'emportent sur les inconvénients signalés.

H. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat Médical de l'arrondissement de Pontoise

Réunion du 3 Avril 1890.

La séance est ouverte à 4 heures du soir.

Etaient présents : MM. Leroy, Bibard, Millet, Recullez, Rousseau (de Domont), Paret, Bruel, Okynczic, Michaut, Rousseau (de Boisemont), Katz.

Cette séance avait pour but la nomination définitive du Bureau qui ne pouvait pas considérer l'élection du 20 février comme définitive, après les incidents survenus à cette époque.

Le Dr Bibard donne lecture d'une lettre du Dr de Grissac, d'Argenteuil, qui demande une enquête faite par un ou plusieurs membres du Syndicat sur les faits ayant motivé la démission de trois confrères d'Argenteuil.

Il veut qu'aucun doute ne puisse exister sur son honorabilité professionnelle et demande un nouveau vote sur son admission.

Après une courte discussion, on décide qu'une lettre sera envoyée à nos confrères démissionnaires les informant des regrets du Syndicat d'avoir vu naître cet incident et les priant de vouloir bien venir à la prochaine réunion donner des éclaircissements au Syndicat, afin de dissiper ce qui ne peut être qu'un malentendu.

Le Dr Bibard expose le projet qu'il préconise et qui consiste à élever le prix de la cotisation et à ne plus faire payer le banquet, ce qui serait un moyen d'y attirer un plus grand nombre de confrères. Les membres nouveaux paieraient un droit d'entrée. Le projet est renvoyé à la prochaine réunion, le nombre des membres présents étant insuffisant.

On procède ensuite au vote sur le renouvellement du bureau.

A propos de ce vote s'élève un incident soulevé par MM. Bruel et Paret sur les invitations lancées pour le dernier banquet du 20 février. Après un moment de discussion le Dr Leroy fournit des explications sur le but que poursuivaient les membres du Bureau en invitant des sénateurs et des députés au moment si opportun du vote prochain de la loi sur l'exercice de la médecine. Cet exemple donné par le Syndicat de l'arrondissement de Pontoise a d'ailleurs été suivi de près par un autre syndicat du département, ainsi que le fait observer le Dr Bibard.

Le docteur Bibard est renommé président, mais très ému par les reproches qui ont été formulés, il déclare ne pas pouvoir accepter la présidence dans les circonstances actuelles.

Le Dr Rousseau (de Domont), est vice-président, et le Dr Katz, de Pontoise, secrétaire, mais seulement à titre provisoire, le vote étant fait à mains levées et le nombre des votants étant insuffisant à assurer la majorité absolue des médecins syndiqués.

Le Dr Recullez donne lecture de son rapport sur l'assurance-maladie. Il propose au Syndicat de fonder une caisse d'assurance mutuelle destinée à venir en aide aux confrères malades. Il croit qu'il ne faut pas compter sur l'Association générale, mais voler de ses propres ailes.

Plusieurs membres pensent au contraire qu'il faut peser sur l'Association générale.

Le Dr Bibard propose de faire imprimer le rapport de notre confrère.

La proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Réunion du 22 Mai 1890.

Cette réunion avait pour but l'élection d'un Bureau définitif pour l'année 1890, élection qui n'avait pu avoir lieu à l'assemblée générale de février, par suite de circonstances exceptionnelles.

Vingt et un confrères ont répondu à l'appel du Bureau provisoire et ont déposé ou envoyé leur vote. Ce sont les Drs Bibard, Maymou, Leroy, Legendre, Rousseau (de Domont), Rousseau (de Boisemont), Lemaire, de Grissac, Recullez, Didier, Thomas, Okynzic, Broquet, Galvani, Paret, Millet, Darène, Michaud, Herpin, Branthomme et Katz.

Les confrères restés à la séance ou venus successivement ont exprimé le désir de transmettre publiquement à M. Bibard l'expression de leurs regrets pour les incidents qui ont amené sa démission, en le priant de revenir sur sa détermination.

Les voix se sont ainsi réparties :

Sur 21 votants :

1° Pour la Présidence :

Bibard	16 voix
Th. Rousseau	4 —
Recullez	1 —

2° Pour la Vice-Présidence :

Th. Rousseau, de Domont	15 voix
Katz	3 —
Recullez	1 —
Didier	1 —

2° Pour le Secrétariat :

Katz	17 voix
Th. Rousseau	1 —
De Grissac	1 —
Recullez	1 —

Ont assisté au dépouillement du scrutin :
Th. Rousseau, Vice-Président provisoire faisant fonction de Président; Galvini, Darène, Broquet, Leroy, Michaud.

Le Dr Bibard, après le vote du 22 mai qui lui a été communiqué, est revenu sur sa détermination et reste notre président ; par conséquent le vote est acquis et le Bureau provisoire devient Bureau définitif.

Paris, 22 Mai 1890.

Le Président,	*Vice-Président,*	*Secrétaire,*
Dr BIBARD, de Pontoise.	Dr TH. ROUSSEAU, de Domont.	Dr KATZ, de Pontoise.

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Procès-verbal de la réunion du 10 juillet 1890.

Le jeudi 10 juillet 1890, le Syndicat s'est réuni au lieu ordinaire de ses séances, à quatre heures de l'après-midi, restaurant Lapérouse, Paris.

Etaient présents : MM. de Fourmestraux, Darin, Groussin, Boyer, Giberton-Dubreuil, Gille-Bréchemin, Jeanne, Pannetier, Midrin, Surre, Pineau, Lécuyer.

Excusés : MM. Peyromore-Debord, Lemenant des Chesnays, Ferrey.

M. le Président rend compte de la correspondance qu'il a récemment échangée avec M. le Sénateur Maze, au sujet de paroles peu flatteuses pour les médecins des sociétés de secours mutuels, prêtées à celui-ci par le journal le *Petit Var* rendant compte d'un discours prononcé par M. Maze, à Toulon.

Le Syndicat remercie son président d'avoir pris à cœur une fois de plus, de défendre en cette circonstance la cause médicale. De plus, profitant de ce que M. le Sénateur Maze dont il a entendu les aimables paroles à la précédente réunion, vient d'être nommé rapporteur devant le Sénat du projet de loi sur les sociétés de Secours Mutuels, le Syndicat charge MM. de Fourmestraux, Darin et Midrin de s'entendre avec M. Maze sur les moyens de régler les rapports qui doivent exister entre les médecins et les sociétés de Secours Mutuels, particulièrement en ce qui concerne les questions de confection de listes et d'honoraires.

Les médecins présents à la réunion adoptent à l'unanimité les conclusions suivantes au sujet des rapports qu'ils doivent avoir avec les sociétés de secours mutuels :

1° — Les sociétés de Secours Mutuels, œuvres de philanthropie et de prévoyance, ont droit à toute la sympathie des médecins. Ceux-ci ne manquent pas l'occasion de la leur témoigner par des cotisations de membres honoraires : de plus, ils réduisent volontiers le prix de leurs soins aux membres des sociétés *composées d'ouvriers*, et en agissant ainsi ils croient remplir largement leurs devoirs de charité et de philanthropie.

2° — Soucieux, comme ils en ont droit, de leur dignité, de leur liberté, et de leurs intérêts professionnels, les médecins doivent refuser aux *Sociétés riches et non composées exclusivement d'ouvriers ou de petits employés*, des réductions d'honoraires, qui constitueraient une aumône mal placée. Ils ne peuvent admettre non plus, que le Bureau d'une société (quand aucun médecin n'en est membre) fasse voter des blâmes touchant leurs soins médicaux ou leurs prescriptions. En un mot, ils ne reconnaissent pas à leurs clients enrégimentés dans une société de Secours Mutuels le droit d'être plus exigeants que ceux qui paient intégralement les soins qui leur sont donnés.

3° — Quand une Société comprend indifféremment des patrons, des rentiers, des commerçants, des ouvriers, les médecins demandent le droit de ne réduire leurs honoraires qu'en faveur de ces derniers : d'où la nécessité de leur faire connaître à chaque réunion les modifications survenues dans les listes.

4° — En ce qui concerne la rétribution des soins médicaux, la plupart des Sociétés réclament *l'abonnement et à des prix généralement infimes, et pour tous leurs membres.* C'est, disent-elles, le seul système qui leur permette d'établir leur budget avec la clairvoyance indispensable. Les médecins au contraire, *voulant être généreux envers celui-là seul qui en a besoin*, et *ne demandant à être payés que pour ce qu'ils ont fait*, réclament le paiement *à la visite* ou *proportionnel aux soins donnés, s'ils ont quelque chose d'extraordinaire.* Ils pensent que leur système est parfaitement applicable *parce qu'ils ne visent que les membres ouvriers*, les autres n'ayant aucun droit à réclamer, *par l'intermédiaire d'une société*, l'aumône qu'ils ne demanderaient ni n'obtiendraient directement.

En résumé, le système proposé par les médecins est le seul équitable : celui-là paie qui le peut, réduction est faite à celui qui en a besoin, et les dépenses de la Société ne sont pas aussi augmentées qu'on veut bien le dire. Et s'il fallait prouver ce dernier dire, il suffirait de citer bon nombre de Sociétés qui se développent en payant le médecin à la visite.

5° — Les médecins estiment enfin que leurs rapports avec les Sociétés de Secours Mutuels s'amélioreraient rapidement si on les appelait à faire partie des Bureaux, au lieu de les en écarter systématiquement comme on le fait trop souvent.

Ces conclusions du Syndicat Médical de l'arrondissement de Versailles que MM. de Fourmestraux, Midrin et Darin, sont priés de développer près de M. Maze, résument à peu près complètement les desiderata formulés par le corps médical tout entier dans ces dernières années au sujet des Sociétés de Secours Mutuels.

L'intéressante discussion à laquelle elles ont donné lieu dans notre réunion du 10 Juillet, s'étant prolongée au delà des limites habituelles, la suite de l'ordre du jour est remise à la séance d'Octobre.

Paris, le 10 Juillet 1890.

Le Secrétaire,
Dr JEANNE.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Bains antiseptiques.

I. Acide phénique........... un litre.
Essence de térébenthine.. un demi-litre.
Eau à 33° degrés.......... quantit. ordinaire.
Pour un bain.
II. Sulfate de cuivre......... 1 kilogramme.
Eau .... 200 litres.

Dr DE BACKER.

REPORTAGE MÉDICAL

Les mesures prises contre le *choléra*, les nombreuses opérations de désinfection vis-à-vis des 127 navires et 15.000 voyageurs entrés en France dans la première quinzaine de septembre, sont efficaces, puisqu'à ce jour aucun cas n'a été signalé chez nous. Il est démontré que, contrairement aux assertions d'un journal, le choléra n'a pas été importé en Espagne par un navire de Marseille. Dans la *Mer Rouge*, l'épidémie a été terrible, les cas foudroyants. Mais la mise à exécution des mesures conseillées par le Dr *Castelan*, représentant de la France au Conseil sanitaire, fait espérer que l'*Egypte* sera préservée. Les mesures prises en Tunisie sont très sévères contre les pèlerins retour de la *Mecque*. Le choléra a diminué en *Mésopotamie* ; mais, ce qui est grave, on l'a constaté à Alep et on a pris en conséquence des mesures contre les provenances d'*Alexandrette*.

En France on signale deux foyers typhoïdiques à Arles et à Trouville. On s'occupe d'en rechercher l'origine.

— Un fait divers amusant : le Ministre des Finances se donne une entorse ; son médecin se rend auprès de lui, accompagné d'un *rebouteur* ! dit le *Temps*. Nous espérons, pour l'honneur professionnel de ce médecin ministériel, qu'il s'est simplement pourvu d'un *masseur* ; ce qui ne serait certes pas blâmable.

— En Belgique le *Scalpel* publie la lettre suivante, qui est une curieuse coïncidence :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Il ne faut pas s'étonner si les charlatans en usent à leur aise en Belgique.

Il y a quelques jours, M. Lejeune, Ministre de la Justice, en villégiature dans nos environs, s'est fait une entorse.

Vous croyez peut-être qu'il s'est fait soigner par un prince de la science ?

Pas du tout.

Il s'est empressé de faire appeler un rebouteur, auquel il aurait donné, paraît-il, 50 fr. pour ses bons soins. Le dit rebouteur, tout fier du client qui lui est arrivé, n'a rien eu de plus pressé que de se faire tailler une bonne réclame dans le journal de la localité.

Dr X.

— Le ministre de la guerre vient d'adopter un modèle de brassard pour les officiers du corps de santé, qui doivent être neutralisés pendant la guerre, en vertu de la Convention de Genève. Ce brassard est en drap blanc, porte la croix écarlate en même étoffe et est bordé d'une soutache d'or.

— *La castration comme pénalité.* — Un médecin californien vient de proposer la castration comme pénalité légale. Il conseille de castrer les criminels et certains aliénés. Cette manière de faire, croit-il, serait bien plus utile que la prison, pou améliorer la race humaine et éviter sûrement l'hérédité criminelle. Il croit que l'intérêt bien compris de la société exige ce mode d'intervention, car si son procédé était adopté, le nombre des dégénérés décroîtrait rapidement, et parallèlement le nombre de crimes.

Si nos souvenirs sont exacts, un membre du Parlement anglais avait proposé cette pénalité, non pas pour les criminels en général, mais pour les individus coupables d'attentats aux mœurs, de viol, etc.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

« *Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale*, par le Dr P. BOULOUMIÉ. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1890, in-12, 585 p. ; 5 fr.

« Aujourd'hui que tout Français doit le service militaire personnel jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, il faut que chacun sache ce qu'est l'armée et quel rôle il doit remplir dans ses rangs. Spécialement en ce qui concerne les médecins, qui doivent toujours y être employés comme membres du corps de santé, du moins en temps de guerre, quelques connaissances militaires sont d'autant plus indispensables qu'arrivés à certains grades, ils peuvent être chefs de service, soit dans un corps de troupe, soit dans un hôpital, et que, comme tels, ils n'ont pas seulement à faire acte de direction et de commandement dans certaines fonctions sanitaires vis-à-vis des officiers et des troupes de santé qui les desservent. Ils doivent donc connaître l'organisation et le fonctionnement de l'armée et particulièrement l'organisation et le fonctionnement du service de santé, ainsi que les droits, devoirs et attributions des membres de son personnel dans les diverses situations qu'il peut occuper à tous les degrés de la hiérarchie.

L'ouvrage du Dr Bouloumié traite toutes ces questions avec beaucoup de clarté et de netteté. Des notions d'hygiène militaire le terminent ; l'auteur y passe en revue les maladies et épidémies de l'armée, les maladies simulées et dissimulées, il s'occupe aussi de la chirurgie de guerre.

Nous croyons que cet ouvrage très complet et très clair est appelé à rendre les plus grands services aux candidats aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale. Adresser 4 fr. 60 pour recevoir FRANCO.

Congrès international d'assistance publique. — Société d'éditions scientifiques. Deux forts volumes. Prix : 20 francs. Adresser 18 francs pour recevoir FRANCO.

La Société d'éditions scientifiques vient de publier, en deux forts volumes, le compte rendu in extenso du Congrès international d'assistanee publique qui s'est tenu à Paris, en 1889, sous la présidence de M. Th. Roussel.

Les quatre questions suivantes avaient été posées par le Comité d'organisation :

1° Dans quelle mesure l'assistance publique doit-elle avoir un caractère obligatoire ?

2° De l'organisation méthodique de la bienfaisance.

3° Des modes de placement des enfants qui sont à la charge des administrations publiques.

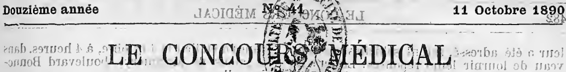
4° De l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes.

De très intéressants rapports ont été présentés sur ces questions et les discussions qui se sont engagées à leur sujet ont été fécondes en aperçus ingénieux, en documents substantiels. Tous ceux qui s'intéressent à cette grande question de l'assistance publique consulteront avec fruit le compte rendu de ce remarquable Congrès.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André, 3.

Douzième année N° 41 11 Octobre 1890



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Séance du Conseil de Direction du samedi 4 octobre 1890.

Présents : MM. Cézilly, directeur, Gassot et Maurat ; empêché : M. le Dr Gibert.

Le Conseil de Direction, après lecture du procès-verbal de la séance précédente et de la correspondance, a résolu diverses questions secondaires et s'est ensuite occupé de la prochaine Assemblée générale des membres de la Société du Concours Médical.

Il a décidé : 1° que l'Assemblée générale aurait lieu le dimanche 9 novembre ; 2° que cette Assemblée aurait lieu dans les salons du Grand-Hôtel, à 4 heures du soir ; 3° le banquet à 7 heures ; que la cotisation des assistants serait fixée à dix francs et que la Société prenait à sa charge, comme les années précédentes, le complément du prix du repas, et des frais accessoires.

Il a mis à l'ordre du jour de l'Assemblée du Concours Médical :

1° L'*Œuvre de l'indemnité en cas de maladie* ; 2° la *revision de la législation médicale* ; 3° les questions proposées par les membres de la Société et la fixation du budget annuel.

Le Conseil a décidé, en outre, que le rapport général du Directeur et les rapports du Conseil d'administration et du Comité de rédaction seraient publiés au n° du journal qui paraîtra le 1er novembre, afin que les membres de la société puissent en prendre connaissance avant la séance.

En ce qui concerne *l'audience* à demander au Ministre de l'intérieur, il a été convenu qu'on se guiderait d'après les circonstances et qu'elle ne serait sollicitée qu'après la discussion du budget.

Séance du bureau de l'Union des Syndicats.

La séance du bureau a eu lieu le même jour. Présents : MM. *Cézilly*, vice-président, *Maurat, Lécuyer* ; empêchés : MM. *Barat-Dulaurier*, président, *Destrem*, assesseur ; *Lardier* dont le syndicat étant modifié, ne peut plus, pour le moment, faire partie du bureau de l'*Union*.

M. *Cézilly*, après lecture et approbation du procès-verbal de la précédente séance, donne lecture de la lettre de M. le Dr Lardier. Elle explique que les statuts du Syndicat des Vosges, approuvés par le préfet, ne lui permettant pas, en ce moment, de prendre part à la fédération des Syndicats, il est contraint, à son grand regret, de s'abstenir. Le bureau prend acte de cette constatation.

Après lecture de diverses lettres écrites par le Bureau de l'Union à M. *Barat-Dulaurier* et des réponses du Président, empêché de venir à la séance, à cause de la proximité de l'Assemblée générale des *délégués de l'Union* il est convenu que les questions relatives au Bulletin des Syndicats sont réservées, et seront réglées de concert avec M. Dulaurier.

M. le Dr Maurat, secrétaire général, communique les dépenses et recettes depuis la dernière séance. M. le Dr Lécuyer, secrétaire-adjoint, rend compte au bureau de la correspondance avec les syndicats.

Il est décidé que ceux d'entre eux qui n'ont pas encore répondu au questionnaire qui

leur a été adressé, seront sollicités de nouveau de fournir leurs réponses. Le bureau s'étonne qu'il se rencontre des présidents qui n'ont pas encore pu accomplir une tâche aussi facile.

Le Bureau invite les syndicats qui n'auraient pas encore nommé leurs délégués, à les désigner sans retard à cause de l'importance de l'ordre du jour de leur assemblée générale.

Cette assemblée aura lieu, comme celle du Concours, au *Grand-Hôtel*, boulevard des Italiens, le dimanche 9 novembre, à deux heures.

ORDRE DU JOUR.

1° Renouvellement du Bureau.

2° Organisation de l'assistance publique et déclaration des maladies épidémiques et contagieuses.

3° Article de la revision de la législation touchant à la légalité des syndicats.

4° Rapports avec les sociétés d'assurance contre les accidents.

5° Exercice de l'art dentaire.

6° Proposition des membres des syndicats.

Œuvre de l'indemnité de maladie.

En conséquence de la décision prise par le Conseil de Direction, de faire les frais d'une séance spéciale, à laquelle seraient convoqués les médecins qui ont pris la part la plus notoire à l'étude de la question *indemnité*, cette séance a eu lieu le 4 octobre, à 4 heures, dans les salons de Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle.

Après une discussion longue et approfondie des principes sur lesquels l'œuvre pouvait se fonder, il a été convenu que MM. *Maurat* et *Cézilly* allaient, dans le plus bref délai, condenser en articles, avec considérants et chiffres à l'appui, un projet de statuts qui serait soumis, le 17 octobre, à la Commission spéciale, nommée par l'Association générale, Commission qui doit se réunir, le 17 courant, chez M. le Dr *Brun*, rue d'Aumale.

Il a été décidé que ce projet serait publié au journal et au *Bulletin des Syndicats* et qu'on prendrait toutes les mesures nécessaires pour en faciliter la discussion et, s'il y a lieu, l'adoption, par l'Assemblée générale des membres du *Concours Médical* et que, si à la réunion du 17 d'autres projets se produisaient, ils seraient également soumis à l'appréciation de l'Assemblée.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Péritonite à pneumocoques. Diagnostic des principales péritonites aiguës et chroniques.

Dans une clinique faite à la Charité, et publiée par le *Bulletin médical*, M. *Nélaton* a cité l'observation d'une péritonite purulente survenue au décours d'une pneumonie double, chez une femme n'ayant aucun antécédent ni diathésique ni génital. La marche avait été insidieuse, et après

FEUILLETON

Pour tuer le temps.

ANECDOTES MÉDICALES.

Un dentiste venait de recevoir une rétribution qu'il considérait comme insuffisante. Il demanda ironiquement au client si les honoraires perçus étaient pour son domestique. — Non, répondit celui-ci, c'est pour vous deux.

*
* *

On engageait un médecin à voyager, à se reposer. — Je me garderai bien, dit-il, de prendre un congé. La clientèle est comparable à la flanelle ; elles ne peuvent pas être quittées un seul instant. Le médecin qui s'absente court les mêmes risques que l'amant qui quitte sa maîtresse: il est à peu près sûr, au retour, de trouver un remplaçant.

*
* *

Un professeur interroge un élève sur la pathologie et n'obtient que des réponses évasives et insuffisantes:

— Que feriez-vous, si vous aviez une fièvre typhoïde à traiter ?

— L'étudiant bredouille quelques phrases incohérentes.

— Et s'il surgissait des complications, comment vous y prendriez-vous pour les combattre ? —

— Je vous ferais appeler en consultation, se hâte de répondre le candidat.

Inutile d'ajouter qu'il fut reçu avec une bonne note.

*
* *

Causerie entre deux membres de l'Académie de médecine :

— Ah ! C'est vous qui soignez le baron de Pulor, ce détrousseur judaïque qui n'a jamais eu une bonne action à se reprocher.

— Sa figure respire pourtant l'honnêteté !...

— En effet, le malheur est qu'il a la respiration courte.

— Et quel âge se donne la baronne ?

— Trente-cinq ans.

— Je la reconnais bien là... elle est tout aussi avare que son mari.

— Il paraît que ce dernier a eu pas mal d'aventures ; on prétend que, récemment encore, il aurait pris à une jeune fille son honneur.

— Cela lui en fera un.

— Voici le conseil qu'il a donné à son fils: Efforce-toi toujours de suivre l'exemple de ton père. Il faut gagner de l'argent par des moyens honnêtes et permis ; pourtant, si cela n'est pas possible, il faut en gagner tout de même.

— Il est surtout sans pitié pour ses adversaires;

une douleur légère de l'hypochondre gauche, une augmentation régulière du volume du ventre pendant trois semaines, quelques vomituritions matinales sans constipation ni diarrhée, une température oscillant entre 38 et 39,2 formèrent tout le cortège symptomatique.

La palpation et la percussion non douloureuses permettaient de constater une collection liquide libre dans le péritoine : une ponction faite par M. Marie, dans le service duquel la malade se trouvait, révéla la nature purulente de l'épanchement. Aussi la malade fut-elle évacuée sur le service chirurgical de M. Nélaton.

Celui-ci se demanda à quelle espèce on pouvait rattacher une péritonite purulente ayant évolué si rapidement et sans avoir présenté pour ainsi dire de symptômes aigus. Était-ce une de ces péritonites dues à la rupture d'une trompe suppurée ? à la perforation de l'appendice cœcal ? Était-ce une forme de péritonite tuberculeuse ?

Il élimina facilement les péritonites aiguës, succédant à des traumatismes, à la pyémie, aux fièvres éruptives, à la fièvre typhoïde, etc., la péritonite qui succède à une ulcération tuberculeuse de l'intestin ou de l'appendice iléo-cœcal, les péritonites aiguës dues à la propagation d'une suppuration des viscères abdominaux, abcès du foie, de la rate, de la trompe.

En pareil cas, la péritonite éclate au cours d'une autre maladie abdominale déjà en puissance et reconnue. D'autre part, ces péritonites symptomatiques sont circonscrites, enkystées, ou bien, lorsque d'emblée elle se généralisent, elles apparaissent avec un cortège d'accidents terribles, à marche rapide, qui ne laissent que quelques jours de survie. Le malade, en proie à une fièvre intense (40° — 40°3), accuse des douleurs abdominales atroces, le moindre mouvement, la moindre pression réveille ses souffrances et ses cris ; le ventre est météorisé ; la respiration, entrecoupée, brève. Des vomissements (verts porracés) tourmentent le malade, dont le facies prend bien vite une expression caractéristique ; les yeux sont profondément excavés, les pommettes rouges, le nez pincé, les narines pulvérulentes.

Rien chez la malade de M. Nélaton ne rappelait cet ensemble symptomatique de la péritonite aiguë.

La péritonite tuberculeuse revêt des aspects extrêmement variables et trompeurs, mais d'une façon générale on lui reconnaît couramment trois formes principales :

1° Péritonite tuberculeuse aiguë dépendant d'une granulie généralisée, dans laquelle plusieurs grandes séreuses viscérales sont simultanément envahies : affection aiguë d'ordinaire qui rappelle par sa marche une fièvre typhoïde, et qu'on pouvait immédiatement éliminer dans le cas actuel.

2° Péritonite à exsudat membraneux dans laquelle plusieurs anses intestinales agglomérées, agglutinées entre elles, forment une série d'îlots, de bosselures indurées, facilement perceptibles à la palpation. L'abdomen est volumineux, distendu, ses téguments sont sillonnés de veines dilatées par le développement de la circulation collatérale, et la percussion donne partout, sauf au niveau des parties empâtées, une sonorité qui est en rapport avec le météorisme, ordinairement très accusé. En même temps, la constipation alterne avec la diarrhée et il y a des vomissements. Il existe peu ou point de liquide épanché dans la séreuse péritonéale.

3° Lorsque cet épanchement existe (forme ascitique) et qu'il est abondant, ou bien il reste circonscrit, enkysté et donne lieu à une erreur fréquemment commise (il est pris pour un kyste abdominal), ou bien les anses intestinales surnagent à sa surface et donnent dans tout le segment ab-

---

il se venge terriblement de leurs sarcasmes, lorsqu'il le peut... œil pour œil... cent pour cent !

*
* *

La mère d'un jeune médecin le pressait depuis longtemps d'épouser une jeune fille maigre comme un vendredi, qui ne possédait de son sexe que la robe, mais était aussi riche qu'étique. — Il se faisait tirer l'oreille et cherchait ailleurs une fiancée, plus munie de fossettes et d'avantages extérieurs.

Un jour que ses parents l'engageaient à ratifier leur choix : Rien ne presse, répondit-il avec désinvolture, faisant allusion à la rectilignité de leur protégée, si je ne trouve pas mieux, elle sera ma planche de salut !

*
* *

On racontait qu'un médecin, dont la vie avait été fort exemplaire, venait de se confesser à son lit de mort : Ah ! le pauvre ami, s'écria un de ses clients, il pouvait y avoir bien des péchés dans sa vie, mais il n'y avait certes pas une faute.

*
* *

Un des amis de Ricord lui disait, quelques jours avant sa mort, qu'il n'avait vraiment pas mauvaise mine.

— Je ne vous conseille pas, reprit-il, de prendre des actions sur cette mine-là.

*
* *

On raconte que l'une de nos célébrités médicales, qui a pris la bonne habitude de se faire payer convenablement, reçut dernièrement des honoraires dérisoires d'un richissime financier, proche parent du baron Rapineau. Au lieu de se fâcher, il lui rendit gracieusement ses honoraires : Gardez, lui dit-il, je ne prends rien aux pauvres !

*
* *

Le docteur X..., qui est fort riche, s'est présenté dernièrement à la députation dans le département de... où vous voudrez. — Son élection dépendait de la bienveillance d'un seul meneur, fort influent, qu'il avait en vain essayé de conquérir. — Après mûre réflexion, voici comment notre spirituel confrère s'y prit pour acheter la protection de ce personnage tout-puissant, qui avait la réputation d'être fort intéressé.

Il lui rendit une dernière visite : — Je vais repartir, lui dit-il ; du moment que vous m'avez refusé votre appui, je n'ai plus rien à espérer ici.

— Qu'en savez-vous ? répond l'électeur influent avec un sourire madré ; il ne faut jamais jurer de rien et vos chances peuvent grandir tout à coup.

— Mes chances à moi, réplique le Dr X..., je les connais si bien, que je suis prêt à vous parier vingt mille francs que je ne serai pas élu.

— Je tiens le pari, s'écrie notre homme, en at-

dominal supérieur une sonorité très nette à la percussion. Mais dans aucune forme l'épanchement de la péritonite tuberculeuse ne remplit en le distendant la totalité de l'abdomen au point de simuler une ascite énorme, comme chez la malade en discussion.

De plus, le liquide qui constitue l'épanchement de la péritonite tuberculeuse est un liquide séro-purulent, qui est plus ou moins clair et plus ou moins chargé de dépôts pseudo-membraneux ; mais ce n'est pas un pus franc homogène et de coloration blanc verdâtre, ainsi que la ponction l'avait montré. Enfin, la marche de la maladie, évoluant depuis vingt-cinq jours environ, était beaucoup trop lente pour être rapportée à un état péritonéal aigu, et d'autre part bien rapide pour appartenir à une manifestation tuberculeuse.

Il fallait se souvenir que la péritonite en question s'était développée pendant le décours d'une pneumonie double.

Les relations entre les affections des séreuses pleurales et péritonéales sont connues et établies.

Or, il est rationnel de supposer que l'agent infectieux qui avait provoqué l'affection pleuro-pulmonaire initiale, avait aussi engendré l'inflammation péritonéale secondaire. Le pneumocoque devait donc être le microbe pyogène, provocateur de la suppuration péritonéale, comme il a été reconnu l'être dans certains cas d'otites purulentes, d'ostéomyélites suppurées, d'arthrites suppurées. Du reste, il existe déjà quelques exemples de suppurations péritonéales provoquées par le pneumocoque, publiées par MM. Debove, Bouley et Courtois-Suffit, M. Sevestre et M. Lucas-Championnière.

Ce qui caractérise la marche clinique de ces différentes suppurations provoquées par le pneumocoque, c'est le peu d'élévation de la température, la marche subaiguë en quelque sorte de l'affection et sa terminaison souvent heureuse.

La gravité des suppurations à pneumocoques ne paraît pas très grande. Netter dit que les otites à pneumocoques guérissent facilement et bien ; que les suppurations pleurales métapneumoniques guérissent dans une proportion de 2,5 0/0, tandis que les suppurations pleurales qui ne relèvent point du pneumocoque, traitées de la même façon, fournissent une mortalité de 25 0/0 ? Enfin, dans le seul cas de péritonite à pneumocoques observé par M. Sevestre et traité par M. Lucas-Championnière, quinze jours après l'intervention, l'opéré était complètement rétabli.

D'ailleurs, toutes les fois que du pus remplit la cavité péritonéale, il faut l'évacuer.

D'après la thèse de Morange, même les laparotomies faites pour péritonite tuberculeuse ont donné dans 83 % des cas une guérison opératoire et une fois sur deux une guérison durant au delà de deux ans. Les idées sur le traitement de la péritonite tuberculeuse ont donc bien changé depuis le jour ou Spencer Wells, à la suite d'une erreur de diagnostic, refermait avec anxiété un ventre atteint de péritonite tuberculeuse. La malade, loin de se trouver mal de l'intervention, guérit de sa tuberculose péritonéale. De semblables exemples sont aujourd'hui communs, ainsi qu'en témoignent les faits recueillis par M. Morange. Dans les péritonites aiguës, l'intervention est encore souvent heureuse. M. Bouilly est intervenu 12 fois pour des péritonites généralisées aiguës et des plus graves ; il a obtenu 6 succès. Les chances de réussite sont donc encore sérieuses, même dans des cas en quelque sorte désespérés.

Après avoir fait, sur la ligne médiane, une incision petite (4 centimètres environ), s'étant entouré des conditions antiseptiques ordinaires, M. Né-

---

tirant la main du candidat et en frappant dedans comme s'il venait de conclure un marché.

— Dire que le Dr X... a perdu son pari, c'est dire qu'il a réussi et que son nom est sorti victorieusement des urnes.

***

On annonce au Dr Ballet la mort d'un vieil usurier, qui a été mêlé toute sa vie à une foule d'affaires, où un lynx n'aurait pas vu clair et un honnête homme encore moins ; il vient de rendre son âme à Dieu.

— Je doute que celui-ci tienne beaucoup à une restitution aussi malpropre, s'empresse d'ajouter le sympathique agrégé.

***

Le professeur X..., qui prodigue à toute occasion sa verve intarissable et sa contagieuse bonne humeur, a failli mourir ; une fois en convalescence, voici ce qu'il écrivit à un de ses amis : « Me voilà encore tiré d'affaire... ma famille a fait venir le curé, mais j'étais tellement saturé de morphine, que je n'ai rien entendu de ce qu'il m'a dit... Je supose qu'il ne m'a pas donné de mauvais conseils ; j'aurais été, d'ailleurs, incapable de les suivre ! »

Cela rappelle la réflexion de ce catholique, qui rendait ainsi compte de son traitement : « Ils m'ont donné l'émétique, l'Eucharistie, l'opium et le viatique dans la même journée ; en vérité, ils m'ont traité comme un cheval. »

Du même. — Il était très ému, lorsqu'il fit son entrée, en grande tenue, sous la calotte de l'Institut, qui ne se changera jamais pour lui en éteignoir : Vous n'avez pas peur, au moins, lui dit un de ses collègues. — Dame ! balbutia-t-il, c'est la première fois que j'ai une épée au côté !

***

Un concurrent des médecins de l'hôpital St-Louis vante une pommade contre l'alopécie : Non seulement, dit-il, elle tonifie le cuir chevelu et le bulbe pilaire...

— Mais elle serait capable, ajoute un auditeur, d'arrêter la chute... du Niagara.

***

Le Dr G... est toujours en courses ; on ne le rencontre qu'exceptionnellement dans son cabinet. Un de ses clients le croise dernièrement sur le boulevard : « Ah ! mon cher docteur, s'écrie-t-il tout joyeux, comme je suis content de vous trouver chez *vous* ! »

Pour adaptation plus ou moins conforme,

Dr Grellety.

laton a évacué 6 à 7 litres de pus verdâtre bien lié et fait un grand lavage de la cavité péritonéale, à l'aide d'un entonnoir relié par un tube en caoutchouc à une canule en verre. Il fit passer dans le ventre de l'eau tiède, préalablement bouillie, jusqu'à ce que l'eau ressortît claire. La canule était conduite systématiquement dans les différentes régions de l'abdomen.

Puis il étancha cette eau et fit avec des éponges antiseptiques montées la toilette du péritoine.

Pour drainer, on peut employer deux procédés: ou bien instituer le drainage ordinaire, à l'aide d'un gros tube en caoutchouc rouge, ou bien le drainage par le procédé Mickulickz qui consiste à introduire dans l'abdomen un long entonnoir formé de gaze iodoformée ; le long de cette gaze les sécrétions péritonéales montent par capillarité, pour être évacuées au dehors. Ce procédé est préféré par M. Nélaton.

Dans le pus, il existait en abondance des pneumocoques qui formaient sur la préparation des chaînettes très développées. Les souris inoculées sont mortes après avoir cultivé le pneumocoque qu'on retrouvait en abondance dans leur sang et dans tous leurs organes.

Asphyxie par l'oxyde de carbone après les explosions de grisou.

M. *Berthelot* a entretenu l'Académie des Sciences de ce sujet d'actualité ; on a observé qu'après une explosion il est dangereux de pénétrer aussitôt dans les galeries ou chambres de mine, et même dans les cavités creusées par les explosions des gros obus ; des cas d'asphyxie ont été signalés plus d'une fois. Ils sont particulièrement à redouter avec les nouveaux explosifs dégageant de grandes quantités d'oxyde de carbone, tels que le coton-poudre comprimé ou la mélinite. C'est en effet l'oxyde de carbone, en raison de son caractère inodore et de ses propriétés vénéneuses si actives, qui a été la cause de la plupart des accidents observés dans des milieux assez riches en oxygène pour que les flammes y brûlassent aisément, et où l'air paraissait devenu respirable à la suite d'une première ventilation. Les témoins ont été portés à les attribuer à quelque propriété spécifique, en vertu de laquelle la terre retiendrait l'oxyde de carbone avec plus d'obstination que les autres gaz. Ayant été consulté sur cette question, M. Berthelot a fait des expériences précises pour l'éclaircir.

Elles lui ont démontré que la terre absorbe et retient les gaz qui sont mis en contact avec elle, et cette absorption, vraie pour l'air ordinaire, et probablement pour les autres gaz, l'est au même titre pour l'oxyde de carbone. Comme ces gaz absorbés par la terre sont ensuite restitués par elle, on comprend que l'oxyde de carbone, emprisonné par celle-ci au moment de l'explosion, rende les galeries inaccessibles pendant les premiers moments qui suivent cette explosion, et cela malgré une première ventilation en apparence suffisante.

On comprend toutefois qu'une ventilation convenable éliminera cet oxyde de carbone, pourvu qu'elle soit assez prolongée pour enlever entièrement un gaz dont les moindres quantités sont dangereuses à respirer.

Traitement de l'urticaire.

Voici celui que conseille notre maître M. le Dr *Quinquaud*, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1).

Dans les formes intermittentes, le sulfate de quinine à la dose de 0,50 à 0,60 centigrammes peut agir, mais il est souvent inefficace ; il faut y associer l'arsenic, la liqueur de Fowler à la dose de 10 à 15 gouttes par jour.

Dans les formes chroniques, les alcalins, l'arsenic, le naphtol doivent être donnés à l'intérieur. Mais il ne faut employer ni les bains, ni surtout les lotions froides ; l'hydrothérapie en particulier est formellement contre-indiquée et prolonge souvent la maladie, car elle est souvent conseillée intempestivement.

L'enveloppement dans une couche d'ouate pour mettre les parties à l'abri de l'air est un très bon moyen conseillé récemment par M. Jacquet. Déjà Alibert avait remarqué que certaines urticaires étaient améliorées par le séjour au lit et qu'on pouvait diminuer les poussées par l'enveloppement dans la laine. M. Jacquet, qui ne connaissait pas ces faits, a expérimenté avec succès, dans un grand nombre de cas, l'enveloppement dans la ouate, lorsque la région s'y prêtait.

Pour calmer le prurit, on doit pouvoir multiplier les lotions. On peut employer les suivantes :

Eau de laurier-cerise......	50 gr.
Chloral..................	5 gr.
Eau......................	200 gr.

Ou bien :

Ether.....................	30 gr.
Eau tiède.................	60 gr.

On peut encore employer l'alcool camphré au dixième avec de l'eau chloroformée au millième.

L'acide phénique au 100e ou au 50e, le sublimé au millième, constituent encore d'assez bonnes préparations.

Chez les sujets nerveux, on peut donner encore à l'intérieur 1/4 de milligramme d'atropine, et contre les poussées administrer deux quarts de milligramme d'aconitine.

Comme poudre, on peut prescrire aussi la suivante :

Poudre d'amidon............	50 gr.
Oxyde de zinc..............	10 gr.
ou acide salicylique.......	5 gr.

Les goitres sporadiques infectieux.

M. le Dr *Charvot*, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a étudié ce sujet encore bien obscur dans la *Revue de Chirurgie* (2).

De même que la rate, le corps thyroïde peut se tuméfier sous l'influence de certaines affections générales, telles que la fièvre typhoïde, le rhumatisme, l'impaludisme. De là des thyroïdites ou goîtres sporadiques infectieux.

L'inflammation du corps thyroïde est une complication rare, mais non exceptionnelle de la *fièvre typhoïde*. Comme la plupart des autres localisations de cette infection, la thyroïdite typhique survient au début de la convalescence. Elle peut présenter deux formes distinctes au point de vue de l'évolution. La poussée peut ne

(1) *Bulletin médical*, 5 octobre 1890.

(2) Analysé par la *Semaine médicale*, 1er octobre 1890.

pas dépasser la période phlegmoneuse et, après un engorgement assez tenace du tissu cellulo-glandulaire, se terminer par résolution. Plus souvent peut-être, la thyroïdite prend la forme suppurée et l'on voit se former un abcès thyroïdien dont les conséquences peuvent être graves si le chirurgien n'intervient pas à temps.

L'étude des cas publiés jusqu'ici met au jour une particularité importante du goître typhique aigu, que l'on retrouve d'ailleurs dans toutes les thyroïdites infectieuses, c'est qu'on le voit survenir chez des sujets qui antérieurement, dans leur enfance, ont eu le « gros cou » ou qui proviennent de familles dans lesquelles des cas de goître ont été constatés, qui sont originaires d'un pays à endémie goîtreuse ou y ont fait un séjour prolongé. Il s'agit, en un mot, d'individus prédisposés par une sorte de goître latent à la localisation du virus typhique dans le corps thyroïde.

La thyroïdite peut avoir aussi une origine *rhumatismale*. Kocher, à l'étranger, a étudié cette complication du rhumatisme ; M. Charvot relate deux cas de thyroïdite rhumatismale, dont un personnel, et l'autre observé en commun avec M. Bernardy.

Dans le premier, il s'agissait de thyroïdite aiguë bilatérale, plus développée à droite, survenue brusquement chez un jeune soldat atteint de douleurs musculaires dans les sterno-mastoïdiens et le membre inférieur. Le malade ne présentait aucun antécédent goîtreux héréditaire ou personnel, mais il était originaire de l'Auvergne.

Dans le deuxième cas, on avait affaire à une thyroïdite aiguë congestive, de nature franchement rhumatismale, survenue au cours d'un rhumatisme polyarticulaire fébrile avec bronchite intense. L'affection avait envahi successivement les deux lobes du corps thyroïde ; elle s'accompagnait de suffocation et disparut rapidement, par résolution, sans laisser de trace. Le malade était originaire de Lyon, pays où l'on observe quelques cas de goître, mais il n'avait jamais vu, auparavant, son cou gonfler.

Existe-t-il une *thyroïdite paludéenne ?* Outre les observations de Smith Barton, en Amérique, de Greco, en Italie, et de Castellan, en France, M. Charvot en a observé, à l'hôpital militaire de Tunis, quatre cas.

Chez deux de ces malades (dont l'un présente des antécédents goîtreux héréditaires et personnels, et dont l'autre, bien que sans antécédents, est originaire de la Haute-Loire), la thyroïdite aiguë s'était développée brusquement pendant un accès intense de fièvre paludéenne. Sons l'influence de la quinine, la fièvre et la tumeur thyroïdienne disparurent rapidement.

Ces observations prouvent que l'infection paludéenne peut, tout en se manifestant par un mouvement fébrile intense, se porter sur une glande externe, le corps thyroïde, et y déterminer l'apparition d'un engorgement analogue à celui des glandes internes en général et de la rate en particulier. Lo fait est déjà connu pour le testicule. M. Verneuil a cité des observations de congestions paludéennes se fixant sur les mamelles et sur les amygdales.

Il y a un intérêt pratique à bien connaître la possibilité de ces tumeurs congestives apparaissant, sous l'influence de l'infection palustre, dans des régions dites chirurgicales. On voit dans quelles erreurs de diagnostic pourrait tomber un praticien non prévenu et à quels mécomptes il s'exposerait en voulant risquer la moindre intervention opératoire. Quelques doses de quinine suffisent pour faire fondre ces tumeurs douloureuses et dissiper les accidents généraux fébriles.

On a décrit encore des *thyroïdites ourlienne, variolique, tuberculeuse.*

On peut affirmer que la plupart des infections générales connues (fièvre typhoïde, rhumatisme, malaria, oreillons, variole, tuberculose, septicémie) peuvent se localiser sur le corps thyroïde pour déterminer l'apparition de goîtres aigus ou chroniques, et que les goîtres aigus sporadiques observés dans les régions non infectées par le goître doivent être aussi d'origine infectieuse.

Le miasme infectieux se comporte dans la glande thyroïde comme dans les autres tissus. Il détermine de simples congestions (rhumatisme, malaria, variole), des thyroïdites phlegmoneuses (malaria, fièvre typhoïde) ou suppurées (fièvre typhoïde, tuberculose).

Beaucoup des sujets atteints sont originaires de pays à endémie goîtreuse, présentent des antécédents héréditaires ou portent des moignons goîtreux depuis leur enfance. Avec les notions actuelles sur les infections et le microbisme latent, on est forcé d'admettre une tare organique fixant la localisation infectieuse, une prédisposition goitreuse, peut-être une « graine goîtrigène » dont l'affection intercurrente viendrait hâter l'éclosion.

Des accidents dus à l'ingestion des moules.

M. *Netter* a étudié dans la *Revue d'Hygiène* et de police sanitaire les accidents divers attribués à l'ingestion des moules (1).

Ces accidents peuvent être rangés en deux groupes distincts.

A la suite de l'ingestion des moules, certaines personnes sont prises d'un malaise très marqué avec douleurs de tête et de ventre. Il y a des nausées et souvent des vomissements. Ces accidents éclatent au bout d'un temps souvent très court. Après ces symptômes indiquant un désordre sérieux de l'appareil gastro-intestinal, le sujet ressent une violente démangeaison sur tout le corps, et il constate l'apparition de taches rouges ou pâles, peu saillantes, de dimensions variables. C'est une éruption d'urticaire. Cette poussée cutanée peut ne persister que quelques heures ; dans d'autres cas, elle se prolonge deux jours, trois jours, ou même davantage. La température est ordinairement élevée tant que dure la fièvre ortiée. Cette affection est toujours pénible et douloureuse. Aux symptômes précédents s'ajoutent parfois des défaillances, des syncopes, du délire, des troubles de la déglutition. Ces accidents se produisent dans des conditions essentiellement variables et il semble exister chez certains sujets une prédisposition spéciale à les contracter. S'ils ne présentent pas de gravité réelle, il ne faut pas oublier cependant qu'ils sont parfois une cause d'inquiétude sérieuse, surtout quand ils se montrent pour la première fois chez un sujet.

Dans le second groupe, il ne s'agit plus d'incommodité pénible, il y a troubles graves de la

(1) Résumé par M. Chouppe dans le *Bulletin médical*.

santé, parfois mort. Les accidents ne s'observent pas seulement chez les prédisposés ; personne n'en est à l'abri, et tous ceux qui ont pris part au repas dans lequel figuraient les moules dangereuses, en sont atteints sans distinction.

Les premiers symptômes sont une sensation de constriction à la gorge, en même temps que des fourmillements et des démangeaisons dans les extrémités. Lourdeur de tête sans céphalalgie vraie. Un phénomène particulier du début, c'est l'instabilité de tous les membres. Le sujet couché change à chaque instant de position, agite les membres en tous sens. Debout, il marche incessamment, gesticule comme un homme ivre. Tous ces mouvements ne donnent lieu à aucune fatigue. Il semble au malade que les membres soient dépourvus de poids et se meuvent dans le vide. Il n'y a pas d'inquiétude marquée ; la fièvre est nulle, les pupilles sont dilatées, ne réagissent pas. La parole est hésitante, difficile.

Bientôt la scène change ; les mouvements, d'abord si faciles, deviennent pénibles. A la légèreté du début, succède un alourdissement marqué, et le sentiment de faiblesse générale et de paralysie s'accentue de plus en plus. Alors peuvent apparaître des vomissements qui ne s'accompagnent jamais de colique ni de diarrhée. Les extrémités deviennent froides, le refroidissement se généralise. La mort peut survenir très vite, en quelques heures. Le retour à la santé, quand il a lieu, est assez rapide.

A l'autopsie, on trouve de l'injection du tube intestinal, l'augmentation de volume de la rate et un état particulier du foie, analogue à celui que Virchow a décrit après l'intoxication par la pilocarpine.

Le poison des moules vénéneuses est localisé dans le foie ; Salkowski et Brieger ont isolé ce poison, auquel ce dernier a donné le nom de *mytilotoxine*. C'est un alcaloïde semblable aux ptomaïnes et aux leucomaïnes.

M. Netter fait enfin remarquer que ce poison peut se rencontrer dans le foie des moules à toutes les époques de l'année, et qu'il n'est ni plus abondant, ni plus fréquent au moment du frai.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *Traitement des fistules recto-vaginales.* — II. *La chirurgie à l'Académie de médecine.* — III. *De l'antisepsie et des pansements dans les affections chirurgicales de l'œil.* — IV. *Traitement de l'hypertrophie des amygdales.*

I. Traitement des fistules recto-vaginales.

La *Société de chirurgie* vient de reprendre ses travaux par une intéressante discussion soulevée par le Pr Le Dentu sur le traitement des *fistules recto-vaginales.* Ce chirurgien, ayant à traiter une petite fistule de 4 millim. de diamètre siégeant depuis quelques années à la partie moyenne de la cloison recto-vaginale, employa le manuel opératoire suivant : dans un premier temps, à une distance de 12 millimètres de la fistule, il trace une première incision courbe qui commence un peu au-dessous d'une ligne passant horizontalement au niveau de son extrémité inférieure, et qui monte obliquement au-dessus d'elle, pour se terminer du coté opposé à la même hauteur. Une deuxième incision, également courbe, réunit les deux extrémités de la première, en passant au-dessous de la fistule dont elle côtoie le bord inférieur : puis on fait l'ablation de toute la couche muqueuse de cet espace périfistulaire et irrégulièrement semi-lunaire qui se trouve circonscrit au-dessus de la fistule.

Lorsque l'avivement est complètement terminé, on taille au-dessous de la fistule un lambeau tel qu'une fois renversé et remonté, il puisse s'appliquer exactement à la surface cruentée périfistulaire. Pour arriver à cette adaptation, on supprime un triangle de muqueuse rectale, à base inférieure, dans la portion sous-jacente. Enfin les deux lambeaux sont affrontés par leurs surfaces cruentées, et suturés sans que les fils déterminent de froncement.

L'avantage de ce procédé consiste principalement dans la disposition du lambeau supérieur, qui forme une sorte de valvule s'opposant au passage des matières fécales.

M. *Quénu*, ayant à traiter une petite fistule, située à deux centimètres au-dessus du sphincter anal, eut recours à un procédé conseillé déjà par Guérin : on commence par faire au périnée une large incision transversale, un peu convexe en avant, dont le milieu correspond à l'intervalle qui existe entre l'anus et la vulve ; puis on dissèque la paroi antérieure du rectum jusqu'au delà de la fistule, en la séparant de celle du vagin. On a alors deux orifices, l'un vaginal et l'autre rectal, qui, par suite d'un certain degré d'ascension supérieure de la paroi rectale, ne se trouvent plus en regard l'un de l'autre : ce qui est une condition favorable à l'occlusion définitive. Dans un deuxième temps, on avive les bords de l'orifice du vagin et on en fait la suture ; puis on fend la paroi rectale, y compris le sphincter, et on en réunit ensuite les lèvres aussi soigneusement que possible.

D'une discussion, à laquelle prennent part MM. Monod, Segond, Reclus, Th. Anger, Marc Sée, il résulte que le procédé opératoire doit varier suivant le siège et la nature de la fistule recto-vaginale : c'est cette division que le Pr Le Dentu a nettement établie.

Dans un premier groupe, on peut ranger les malades qui ont une fistule et une large déchirure du périnée : La section de la cloison recto-vaginale, avec sutures et périnéorraphie, donne ici d'excellents résultats. S'il persiste une fistulette plus ou moins haut située, on la traite secondairement par un procédé quelconque.

Chez d'autres malades, il s'agit de réparer une fistule et une déchirure du périnée de moyenne étendue. Le mieux est de proposer la périnéorraphie ; lorsque la malade la refuse, il faut agir sur la fistule et M. Le Dentu conseille alors le procédé qu'il a décrit.

Dans une troisième catégorie se rangent les femmes chez lesquelles la déchirure du périnée peut être négligée et chez lesquelles existe une fistule à siège variable. Est-elle très-haut située? Elle échappe alors à toute intervention ; le mieux est de ne pas s'en occuper ; car elle peut guérir seule.

Si au contraire la fistule n'est que peu élevée, le procédé de Guérin lui est applicable. Quant au simple avivement, il échoue si souvent qu'il ne faut lui accorder qu'une confiance très limitée.

II. À l'Académie de Médecine.

M. *Richelot* communique l'observation d'une jeune fille qui présentait dans la région inguinale une tumeur indolente, réductible, qui fut considérée comme une hernie et opérée. Au cours de l'opération, M. Richelot vit un cordon fibreux, attaché à la face profonde des grandes lèvres, auquel faisait suite un canal séreux communiquant avec le péritoine par un orifice très étroit, incapable de livrer passage à l'intestin. La partie réductible de la tumeur était le liquide d'une *hydrocèle* : le conduit n'était que la persistance, après la vie intra-utérine, du canal de Nuck. Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre d'une manière certaine la *persistance du canal de Nuck*, qui est loin d'être admise par tous les auteurs.

M. *Guermonprez* a étudié les *fractures du calcanéum par écrasement* qui se produisent parfois, surtout chez les ouvriers du bâtiment, à la suite de chutes sur la plante des pieds. Ces fractures ont été bien décrites par Malgaigne qui en a donné les principaux symptômes : élargissement du calcanéum, abaissement des malléoles, effacement de la voûte plantaire, déviation du pied en valgus ; ces fractures sont souvent méconnues et confondues avec l'entorse tibio-tarsienne ; elles sont assez graves et laissent des déformations douloureuses, empêchant les blessés de reprendre leurs occupations.

Pour bien les reconnaître, M. Guermonprez conseille d'examiner les malades debout et vus par derrière ou mieux encore agenouillés en montrant la plante des pieds : dans cette position, on voit mieux les déformations, on constate l'effacement du mollet, la disparition de la saillie du tendon d'Achille, l'absence de gouttière rétro-malléolaire. Pour établir le diagnostic au point de vue médico-légal, M. Brouardel use d'un autre artifice ; il couvre la plante du pied du patient d'une couche de noir, puis il fait marcher le malade sur du papier blanc. L'empreinte d'un pied dont le calcanéum est fracturé est caractéristique : l'élargissement du calcanéum, l'affaissement de la voûte plantaire s'expriment géographiquement avec une grande netteté.

Comme traitement, M. Guermonprez propose la coaptation des fragments par le massage avec quelques émissions sanguines et applications chaudes ; plus tard quelques pointes de feu. La réduction forcée échoue le plus souvent.

M. *Horteloup* a eu à soigner en 1884 un jeune homme de 19 ans, atteint d'un *rétrécissement de l'urèthre consécutif à un traumatisme* (chute à califourchon). Tout cathétérisme était impossible. L'examen du périnée permit de reconnaître un noyau induré de plus de trois centimètres, M. Horteloup pratiqua la résection totale de la portion rétrécie du canal de l'urèthre ; cette partie avait 3 cent. de longueur et une épaisseur presque égale ; elle était traversée par un canal tortueux filiforme. Les suites de l'opération furent très simples ; onze jours après l'opération, M. Horteloup introduisit sans difficulté une bougie Béniqué n° 27, et un mois après le n° 50. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de six ans, la guérison s'est complètement maintenue.

La résection de l'urèthre n'est pas une opération difficile : avec l'antisepsie, elle n'offre pas plus de dangers que l'uréthrotomie externe. Elle ne doit être employée que contre les rétrécissements traumatiques ; mais elle devient presqu'alors une méthode de choix, surtout s'il s'agit des rétrécissements de la région périnéale antérieure ou périnéo-bulbaire, survenus longtemps après une chute à califourchon.

D. Mollière a rapporté l'observation d'un rétrécissement traumatique qui, douze ans après la résection, ne présentait pas de récidive. L'opéré de M. Horteloup se porte parfaitement bien, six ans après l'opération. Aussi, en présence d'un rétrécissement traumatique de la région périnéo-bulbaire, récidivant après une uréthrotomie interne ou externe, on a le droit d'essayer la résection de toute la masse formant le rétrécissement du canal de l'uréthre.

M. *Terrier* relate une intéressante observation de *cholécystectomie* : il s'agit d'une malade qui, depuis vingt-six ans, souffrait périodiquement de coliques hépatiques avec ou sans occlusion du canal cholédoque ; depuis plus de six mois, les crises étaient devenues quotidiennes, d'abord sans obstruation du cholédoque, puis avec un ictère permanent. La vie de la malade devenant impossible, on se décida à intervenir chirurgicalement. Au cours de l'opération, on enleva les calculs qui se trouvaient non seulement dans la vésicule, mais aussi dans les diverticules de son col et du canal cystique et on pratiqua l'ablation de la vésicule et d'une partie du canal cystique. Pendant les dix premiers jours qui suivirent l'intervention, l'écoulement de la bile fut très abondant ; le onzième jour eut lieu la première évacuation colorée en même temps que la fistule biliaire donna moins de liquide ; au bout d'un mois, cet écoulement se tarit spontanément. Actuellement la malade est complètement guérie.

MM. Lancereaux et Ollivier pensent que la chirurgie est appelée à intervenir de plus en plus fréquemment dans les affections du foie. MM. Hayem et Terrier insistent sur la tolérance spéciale du péritoine pour la bile. Toutefois il faut éviter de laisser la bile couler trop abondamment dans le ventre ; aussi M. Terrier a-t-il eu soin, dans son opération, de ménager un trajet artificiel pour amener la bile à l'extérieur.

III. De l'antisepsie et des pansements dans les affections chirurgicales de l'œil (1).

Le Dr *Valude*, chirurgien-adjoint des Quinze-Vingts, cherche à établir, dans une revue fort intéressante, quelle est la pratique antisepsique qui présente les plus nombreux avantages dans ses applications à la chirurgie oculaire et spécialement à l'opération de la cataracte.

La désinfection parfaite des instruments offre, en chirurgie oculaire, quelques difficultés particulières : les deux agents principaux de la désinfection, l'ébullition ou le bain antiseptique, sont en effet d'une application moins facile que lorsqu'il s'agit des volumineux instruments de la chirurgie générale. L'ébullition dans l'autoclave à 110, 115 ou 120 degrés, ou même à l'air libre, altère complètement les curettes et spatules en gutta-percha et même celles en écaille. Le tranchant des couteaux de de Graefe n'est pas non plus sans en souffrir quelque peu.

De même le flambage des instruments, s'il est suffisant pour détruire les germes, brûle les kystitomes ou émousse les fins couteaux : ou bien,

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 23 août 1890.

s'il n'altère pas les instruments, il respecte aussi les microbes.

Quant à l'immersion dans les liquides antiseptiques, les oculistes ne peuvent employer pour leurs instruments les solutions phéniquées fortes, que l'œil ne saurait tolérer ; les solutions boriquées sont insuffisantes ; l'alcool pur ou l'eau bouillie font des bains aseptiques, mais non antiseptiques. Les solutions mercurielles attaquent vivement les instruments métalliques et rendent presque instantanément inservables les couteaux de de Graefe, les ciseaux fins, etc. Seul l'oxycyanure de mercure conseillé il y a deux ans par Chibret produit (en solution au centième) sur les germes infectieux sensiblement les mêmes effets que le sublimé à 1/5000, c'est-à-dire qu'il est capable en dix minutes de détruire les microbes infectieux (staphylocoques ou streptocoques) : cette solution offre le grand avantage de n'attaquer nullement le métal ; M. Valude laisse pendant plusieurs heures ses instruments dans un bain d'oxycyanure sans qu'ils perdent de leur brillant et sans que les tranchants soient altérés.

Quant à l'antisepsie rigoureuse du terrain opératoire, elle est presque toujours irréalisable en chirurgie oculaire ; en effet alors même que par des lavages anormalement prolongés on arriverait à l'antisepsie absolue de la surface conjonctivale, celle-ci peut ne pas se maintenir intégrale sous un pansement bien fait. Le sac lacrymal et surtout les voies lacrymales constituent un réceptacle permanent de parasites : Jacobson pense que c'est là où la conjonctive puise tous ses microbes infectieux.

Sans être aussi exclusif que cet auteur qui fait des voies lacrymales la principale source de l'infection conjonctivale, Valude estime, que sous un pansement fermé, il est parfaitement possible aux bactéries et aux bacilles du sac lacrymal de refluer à l'entrée des canalicules, aux points lacrymaux où ils peuvent ensemencer la conjonctive de leurs colonies. Ne voit-on pas la dacryocystite purulente se déceler par la production d'une blépharo-conjonctivite d'aspect spécial ?

Quoiqu'il en soit, il faut antiseptiser la cavité oculaire dans la mesure du possible : il n'y a pas à songer à employer l'acide phénique, l'alcool trop irritants pour l'œil, ni l'acide borique qui est totalement insuffisant et dont les solutions ne sont même pas toujours aseptiques. Les lavages avec l'eau bouillie demandent pour être convenablement faits, des précautions extrêmes qui rendent la pratique de ces lavages plus délicate que celle des lavages aux solutions mercurielles. Il est en effet très difficile, surtout en ville, d'obtenir de l'eau bouillie rigoureusement aseptique.

Valude, après un examen comparatif des différents sels de mercure, recommande comme liquide destiné aux lavages pré-opératoires et à l'antisepsie opératoire la solution de sublimé à 1/5000, qui est très bien tolérée par l'œil. Cette solution est très maniable et aussi antiseptique que la plus forte des solutions de sublimé. Le sublimé à 1/5000e se dissout simplement dans l'eau sans addition d'alcool. Quand l'œil est nettement infecté, on peut à la rigueur effectuer un lavage à l'aide de la solution de sublimé à 1/2000. A la clinique des *Quinze-Vingts*, Valude pratique couramment de tels lavages sans irritation consécutive de l'œil et même avant les opérations.

Les pansements employés dans le traitement de la cataracte et dans la plupart des opérations oculaires, varient suivant la pratique des chirurgiens. Après avoir montré les inconvénients des pansements humides recouverts ou non de taffetas gommé, des pansements gras à la vaseline antiseptique, Valude préconise le pansement sec avec la gaze au salol appliquée directement sur l'œil ; ce pansement offre les plus grands avantages en ce sens qu'il est parfaitement antiseptique, qu'il n'adhère nullement aux paupières et que les produits de la sécrétion oculaire, aussitôt absorbés par le pansement et stérilisés par lui, ne séjournent pas entre les bords des paupières.

Quant au temps pendant lequel on laisse les pansements en place, Valude pense que, même au point de vue des enclavements de l'iris et d'une infection à craindre, bien qu'il y ait avantage à visiter l'œil chaque jour après l'opération, il est de beaucoup préférable de laisser le pansement en place jusqu'à ce que la cicatrisation complète soit approximativement effectuée. Ceci suppose une période de trois ou quatre jours ; une durée de six jours pour le premier pansement est excessive et inutile ; car, après quatre jours, on trouve presque toujours la plaie refermée.

Lorsqu'on exécute l'extraction de la cataracte sans iridectomie, il faut employer une méthode de pansement qui combine la protection efficace contre l'extérieur à une pression insensible pour le globe de l'œil. Voici la manière de faire recommandée par Valude : l'opération terminée et les lavages antiseptiques achevés, on applique directement sur l'œil une compresse de gaze au salol d'une certaine épaisseur.

Par-dessus, on répartit des rondelles d'ouate antiseptique en prenant les plus grandes précautions pour que la compression se fasse également à la surface des paupières. A cet effet, on place dans la concavité formée par l'angle interne de l'œil une boulette de coton qui égalise la surface de la région oculaire. Par-dessus on superpose des rondelles d'ouate hydrophile antiseptique, en quantité plus ou moins grande, suivant que l'œil est enfoncé ou non dans l'orbite. Quand le coton arrive à dépasser de 1 centimètre la ligne d'arête du nez et le rebord orbitaire, on ferme le pansement à l'aide d'une bande de tarlatane, non débarrassée de son empois, et mouillée dans une solution antiseptique.

L'usage de cette bande permet de couvrir l'œil sans le comprimer. En effet, cette bande de tarlatane, en se séchant presque aussitôt après son application, constitue un véritable appareil inamovible, qui forme une coque dure d'une grande résistance et qui représente un bouclier rigide derrière lequel l'ouate conserve sa souplesse et l'œil reste sans être comprimé. De plus, au point de vue de la protection vis-à-vis de l'extérieur, ce pansement est infiniment supérieur à ceux qui sont établis avec des bandes ordinaires en toile, en coton ou en flanelle.

Son application est facile ; elle est surtout recommandable chez les personnes peu endurantes, qui ne peuvent aisément déranger un pansement aussi inamovible.

Le pansement des opérés de cataracte ne doit être levé que le troisième ou mieux le quatrième jour, même si le malade souffre un peu le premier jour. Dès le second jour, les malades se sentent très à leur aise.

A la levée du pansement, il est de règle de

trouver la plaie cicatrisée et la chambre antérieure reformée. La conjonctive est ordinairement à peine rosée, offrant ainsi une réaction à peu près nulle. La cicatrisation est à ce moment tellement parfaite que, au lieu de réappliquer un pansement compressif, on ne pose sur l'œil opéré qu'un pansement très léger, facilement amovible, composé d'une compresse de salol, d'un rondelet d'ouate et d'un bandeau de toile simple. L'atropine est instillée matin et soir et, deux ou trois jours après cette première levée du pansement on pourrait déjà laisser l'œil entièrement libre. Une cataracte peut être ainsi guérie complètement en sept ou huit jours. Valude a pu, dans une période de douze jours, opérer *successivement*, à quatre jours de distance, les deux yeux d'un malade et le renvoyer parfaitement guéri dans son pays, par un long trajet en chemin de fer, avec des lunettes fumées et une vision excellente. L'opération avait été faite sans iridectomie des deux côtés.

— Si l'on pratique l'iridectomie, la cicatrisation complète est encore plus rapidement obtenue et le pansement peut être changé au deuxième jour sans inconvénient. Pour éviter les chocs extérieurs possibles dans une sortie au dehors, il est bon de garder les malades à l'intérieur, sinon au lit; mais ce qu'il faut absolument abandonner, c'est l'incarcération affreuse dans la chambre noire.

Si l'immobilité au lit, durant les deux ou trois premiers jours, favorise la coaptation et doit être considérée comme nécessaire même aux opérés sans iridectomie,il n'en est pas de même de l'obscurité si rigoureusement appliquée autrefois.

Actuellement, Valude laisse ses opérés dans une salle ordinaire et sans diminuer aucunement l'intensité de l'éclairage : l'habitude de la lumière qu'ils gardent sous le pansement est le plus sûr moyen de prévenir ces contractions violentes qui surviennent chez les malades plongés dans l'obscurité, à la première levée de leur pansement. Ces contractions ne sont pas sans danger; d'autre part, la lumière, qui n'arrive à l'œil qu'à travers un épais pansement, ne provoque, dans les jours qui suivent l'opération, aucun réflexe.

Quel chemin parcouru, entre notre époque où les malades, guéris en six jours, demeurent durant leur traitement dans une chambre ordinaire, et celle, toute récente encore, où les malades étaient emprisonnés durant plusieurs semaines, dans une chambre hermétiquement close et noire, et ensevelis sous les rideaux les plus épais !

IV. Traitement de l'hypertrophie des amygdales(1).

L'amygdalotomie avait été jusqu'à ces dernières années le traitement classique de l'hypertrophie chronique des amygdales : mais aujourd'hui elle est en défaveur auprès d'une grande partie du public médical, qui lui préfère la cautérisation ignée. M *H. Cuvillier*, s'appuyant sur la pratique de son maître, M. Gouguenheim, s'élève contre cette tendance et précise les indications de chacune des méthodes opératoires.

L'amygdalotomie peut être pratiquée soit avec le bistouri, soit avec l'amygdalotome. Le bistouri présente de sérieux inconvénients : il n'est pas facile à manier chez les enfants indociles, qui sont exposés aux blessures des joues, de la langue, du voile et de ses piliers, de la luette. On risque, en s'en servant, de faire une opération trop complète et d'ouvrir le plexus veineux qui tapisse la face profonde de l'amygdale. De plus, les pinces nécessaires pour maintenir l'amygdale peuvent lâcher prise au moment où l'on opère la section et laisser tomber l'amygdale dans l'œsophage ou, ce qui est plus grave, au niveau de la glotte. L'opération avec le bistouri doit être réservée aux cas où il existe une concrétion calcaire, sur laquelle pourrait venir se briser l'anneau du sécateur.

Il faut se servir de l'amygdalotome à une seule main dont la lunette soit en rapport avec le volume de l'amygdale : il faut emboîter la tonsille avec un soin extrême, en commençant par son extrémité inférieure, de façon à ne pas laisser, dans la forme d'amygdale décrite par Chassaignac, le lobe pharyngé en dehors de l'opération.

Les amygdales enchatonnées sont les seules que M. Cuvillier juge utile de traiter par l'ignipuncture; l'amygdalotomie ne pourrait être faite, en effet, sans blesser les piliers du voile. L'ignipuncture doit encore être réservée aux hypertrophies amygdaliennes existant chez des sujets hémophiles.

Il ne faut pratiquer l'amygdalotomie que lorsque l'inflammation a complètement disparu, c'est-à-dire 3 semaines environ après l'angine ; avant l'opération, il est bon de badigeonner l'amygdale avec une solution de cocaïne concentrée, au cinquième, par exemple. Outre l'anesthésie, on obtient, par ce procédé, une rétraction des vaisseaux de la glande Sitôt l'opération terminée, il faut faire prendre de la glace au malade et lui recommander, non de la sucer, mais de l'avaler par petits morceaux. Cette glace doit être prise pendant un quart d'heure ou une demi-heure. Le malade garde la chambre pendant deux jours, en évitant soigneusement tout courant d'air. Pendant le même temps, il ne s'alimentera qu'avec des liquides, bouillon, lait et grogs, le tout à la température de la chambre et, même mieux, glacé.

(1) *Bulletin médical*, 7 sept. 1890.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Du privilège des médecins et pharmaciens en cas de faillite.

On connaît l'interprétation habituellement défavorable aux réclamations médicales que les Tribunaux de commerce donnent à l'article du Code civil garantissant le privilège des frais de *dernière maladie*, quand il ne s'agit pas de maladie *terminée par la mort*.

Cependant les nouveaux projets de loi sur l'exercice de la médecine nous donnent gain de cause ; quelques tribunaux ont commencé dès maintenant, et nous sommes heureux d'enregistrer le jugement suivant, en date du 2 septembre 1890, rendu par le Tribunal de commerce de Fécamp ; (le même article du Code est applicable aux médecins et pharmaciens) :

« Le Tribunal, attendu qu'il résulte du procès-verbal de la réunion des créanciers pour l'affirmation des créances de la liquidation que le sieur Vaudin, pharmacien à Fécamp, a demandé son admission en privilège pour la somme de 140 fr. 40, pour fournitures de médicaments faites au sieur Paul Dubosc pendant sa dernière maladie.

Attendu que le sieur Dubosc, assisté de son li-

quidateur, repousse cette demande de privilège et se déclare prêt à l'admettre à titre chirographaire.

Attendu qu'à la suite de cette contestation, M. le juge-commissaire a renvoyé les parties devant le Tribunal.

Attendu que pour établir sa demande, le sieur Vaudin réclame le bénéfice de l'article 2101 du Code civil, comprenant au nombre des créances privilégiées les frais de la dernière maladie.

Attendu que le sieur Dubosc et son liquidateur soutiennent que par frais de dernière maladie il faut entendre la maladie qui a amené la mort du débiteur.

Attendu que par suite de sa mise en liquidation judiciaire le débiteur se trouve en fait dessaisi de la disposition de ses biens,

Attendu que l'article 2101 du Code civil, accordant un privilège, ne s'exerce que sur les biens d'une personne décédée;

Que la dernière maladie de la personne dont on parle ne veut pas nécessairement dire la maladie dont cette personne est morte, mais aussi bien la dernière maladie qu'elle a eue.

Qu'il n'y a aucune raison de supposer que le législateur n'ait point voulu accorder pour la dernière maladie du débiteur vivant le privilège qu'il aurait accordé pour la dernière maladie du débiteur décédé.

Attendu qu'il est notoire qu'au moment de sa mise en liquidation judiciaire, le sieur Paul Dubosc était encore souffrant de la maladie pour laquelle le sieur Vaudin lui a fait les fournitures dont il réclame l'admission en privilége.

Attendu que ces fournitures ont donc été faites au cours de la dernière maladie du débiteur.

Par ces motifs, statuant en dernier ressort, déclare non recevable et mal fondée la contestation faite au nom de la liquidation du sieur Paul Dubosc.

Admet le sieur Vaudin en privilége au passif de la dite liquidation pour la somme de 140 fr. 40, à charge d'affirmation de la dite créance devant M. le juge-commissaire.

Condamne le sieur Paul Dubosc et Me Leboullenger ès-noms aux dépens, qui seront employés en frais de liquidation. »

(*France Médicale.*)

Cessions de clientèle.

JUGEMENT DU TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE.

« Attendu que la veuve Neyreneuf réclame, au docteur Yung, la somme de 5,354 fr. 50 formant la moitié des honoraires encaissés par lui pendant les années 1887 et 1888, qu'il devait verser entre ses mains en vertu de conventions verbales; qu'elle demande en outre la communication de ses carnets de visite et livre de recettes, faisant toutes réserves pour les honoraires que le défendeur aurait pu toucher pour lesdites années en plus des sommes qu'il accuse ;

Attendu que le docteur Yung demande au contraire de déclarer nulles, comme illicites et entachées de dol, les conventions invoquées par la veuve Neyreneuf, et réclame la restitution de 2,000 fr. qu'il lui a versés le 3 février 1887 ;

Attendu qu'il s'agit, dés lors, avant tout, d'apprécier la nature et la valeur des conventions survenues entre les parties ;

Attendu qu'à la date du 25 janvier 1887, le docteur Yung, demeurant alors à Vernon, mais désireux de s'installer comme médecin à Suresnes, prenait envers la veuve Neyreneuf l'engagement de lui payer 2,000 fr. le jour de la prise de possession de la clientèle de son défunt mari, médecin à Suresnes, et de lui abandonner, pendant les années 1887 et 1888, la moitié des recettes effectuées pendant ces deux années, promettant, en outre, de contracter une assurance sur la vie de 10,000 fr. pour deux ans, à titre de garantie ;

Attendu que de son côté la veuve Neyreneuf avait pris vis-à-vis de lui, par l'intermédiaire du sieur Lenicque, l'engagement de le présenter ou de le faire présenter à la clientèle de son défunt mari ; que, si, dans l'assignation, on énonce que les sommes réclamées seraient le prix de la cession de la clientèle du docteur Neyreneuf, tous les documents mis aux débats démontrent que c'était la présentation à la clientèle que les parties avaient uniquement en vue dans leurs pourparlers et dans les conventions antérieures ; que le docteur Yung, âgé de cinquante ans, ayant exercé déjà dans divers endroits sa profession, savait bien que, pas plus en droit qu'en fait, il n'est possible d'acheter une clientèle de médecin, clientèle dépendant nécessairement du choix libre et de la confiance des intéressés.

Attendu que la promesse faite par la veuve Neyreneuf constituait par elle-même une obligation parfaitement licite, dont le docteur Yung, inconnu à Suresnes, pouvait et devait tirer grand profit, s'il voulait exercer sa profession dans cette ville ; qu'en conséquence, il était loisible aux parties de fixer un prix à cette obligation, et que le contrat intervenu entre elles à ce propos était parfaitement valable et doit recevoir son exécution ;

Qu'en fait, le docteur Yung l'a exécuté en partie, en versant les 2,000 fr. convenus et en contractant une assurance sur la vie ; que c'est seulement à la fin de l'année 1887 qu'il a songé à reprendre sa parole, en prétendant qu'il avait été trompé et qu'il n'avait pas fait le chiffre d'honoraires qu'on lui avait fait espérer ;

Attendu qu'il y a lieu de rechercher en second lieu si ces griefs sont fondés ; qu'en effet la veuve Neyreneuf ne peut réclamer le prix convenu, que si elle a tenu les engagements pris en son nom, le tribunal ayant, dans le cas contraire, le droit de déterminer la somme réellement due;

Attendu que Yung soutient qu'il aurait traité en vue d'un produit moyen de 25,000 fr. par an, dans lesquels était compris un fixe de 3,500 fr. provenant de diverses sociétés (secours mutuels, eaux, gaz, bureau de bienfaisance) ; qu'au lieu de ces produits, il aurait touché 6,310 fr. en 1887, 4,399 fr. en 1888, et que, dans ces sommes, les honoraires lui provenant des diverses compagnies ou sociétés, et qui n'ont rien de fixe ne figurent que pour 947 fr. 15 en 1887, et 547 fr. 40 en 1888 ;

Attendu qu'il se plaint donc d'avoir été trompé et prétend que la veuve Neyreneuf n'a pas tenu ses promesses ;

Attendu que les pièces produites démontrent en effet que Lenicque avait indiqué que les recettes du docteur Neyreneuf atteignaient le chiffre annuel de 25,000 fr., y compris un fixe de 2,500 fr. ; qu'au nom de la veuve Neyreneuf, il s'était engagé à présenter ou à faire présenter le docteur Yung chez les directeurs des eaux et du gaz, chez le maire de Suresnes et chez le président de la société de secours mutuels, ajoutant que ces di-

verses notabilités avaient promis : le directeur et le président de la société de secours mutuels, de nommer Yung médecin de leur compagnie et société ; le maire de lui donner le tiers des émoluments attachés à la charge de médecin du bureau de bienfaisance et de médecin vérificateur des décès ;

Attendu que, s'il paraît établi que le docteur Neyreneuf, médecin très connu et très apprécié à Suresnes, faisait bien le chiffre d'honoraires ci-dessus spécifié, et si le docteur Yung ne peut faire à sa veuve un grief de ce que ses recettes sont beaucoup moins considérables, il est constant qu'il n'y avait pas d'émoluments fixes et que le directeur des compagnies sus-indiquées et le président de la société de secours mutuels ne pouvaient que le recommander aux malades et à leurs ouvriers et non le faire nommer médecin en titre de leurs compagnie ou société ;

Que la situation du docteur Yung au regard de ces compagnie et société était donc identique à celle de ses confrères, et qu'en ce qui touche le bureau de bienfaisance, le maire ne l'a nommé médecin qu'en 1889 ;

Attendu qu'ainsi donc, Yung peut à juste titre prétendre que tous les engagements pris envers lui n'ont pas été tenus et que la promesse de présentation de la veuve Neyreneuf n'avait pas la valeur en vue de laquelle il avait traité ;

Attendu que le tribunal a les éléments nécessaires pour fixer cette valeur en tenant compte des services que la dame Neyreneuf a rendus au docteur Yung et des démarches qu'elle a réellement faites ; que, sans qu'il soit besoin d'ordonner la communication des livres de recettes du docteur, le tribunal estime qu'une somme de 6,000 fr., y compris les 2,000 fr. déjà versés, constitue un juste prix de l'engagement contracté par la veuve Neyreneuf ;

Par ces motifs, condamne Yung à payer à la veuve Neyreneuf la somme de 4,000 fr. pour les causes sus-énoncées, avec intérêts de droits ; rejette les autres demandes, fins et conclusions et la demande reconventionnelle ; et condamne Yung aux dépens. »

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure

Séance du 29 août 1890. — Présidence de M. le docteur PORSON.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Patoureau, Grimail, Joüon, Chachereau, Grimaud, Lacambre, Vince, Attimont, Bécigneul, Bernaudeaux, Toché.

M. le Dr Grias, membre du Syndicat de Quimperlé, nous faisait l'honneur d'assister à la séance.

MM. les Drs Boutin (de Clisson) et Guihal (de la Chapelle-Basse-Mer) se présentent à nos suffrages; ils sont tous deux admis, à l'unanimité, membres du Syndicat.

La question des certificats et des constatations de décès, par suite de l'absence ou des occupations nombreuses des membres de la commission chargée de s'en occuper, est renvoyée au mois d'octobre.

Le vœu envoyé par le Syndicat et concernant les instructions à donner aux sages-femmes a été transmis à l'Académie de médecine. C'est ce que nous apprend une lettre de M. le Préfet de la Loire-Inférieure.

Deux lettres de confrères étrangers au département nous ont été envoyées. Désireux de constituer des syndicats dans leurs départements, ils nous demandent de vouloir bien leur communiquer nos statuts, parce que, disent-ils, notre Syndicat est des plus florissants.

Il a été relevé deux cas d'exercice illégal de la médecine à la charge d'un empirique ; ils seront signalés au parquet, qui poursuivra le délinquant.

Un bandagiste a-t-il le droit de recevoir des clients et de leur appliquer un bandage, sans que ceux-ci aient vu un médecin ? N'est-ce pas de l'exercice illégal ? Cette question se représente encore.

Le Syndicat pense que le bandagiste fait de la médecine illégale ; car, avant d'appliquer le bandage, il faut examiner le malade, voir si la tumeur est bien une hernie : cela suppose des connaissances médicales qui manquent au bandagiste et nécessite la visite d'un médecin.

Une Compagnie d'assurances peut-elle exiger d'un médecin un certificat constatant une maladie, sa cause, sa durée, les soins donnés ? — Non. Le médecin peut toujours et même doit, dans certains cas, refuser le certificat. Il outrepasserait ses droits et violerait le secret professionnel. Du reste, cette question importante, soulevée accidentellement, sera remise à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

La séance est levée à 9 heures 1/2.

Le secrétaire des séances,
Dr L. TOCHÉ.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL
Paris, 14, rue des Carmes, Paris.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie. — Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889, par Bourneville, Sollier et Pilliet. Un volume in-8° de LVI-188 pages. Prix : 5 francs.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

La santé de nos enfants, par le Dr Coriveaud, de Blaye, Prix : 3 fr. 50.

On peut se procurer l'ouvrage chez l'éditeur du *Concours*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André, 3

Douzième année — N° 42 — 18 Octobre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

L'exalgine.

M. *Desnos* a fait une lecture à l'Académie sur ce médicament nouveau, que MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet ont introduit en France et qui paraît devoir prendre rang parmi les analgésiques d'emploi courant.

Au point de vue physiologique, l'exalgine a une action spéciale sur le bulbe et sur le système cérébro-spinal ; elle produit des vertiges de formes variées, accompagnés quelquefois de vomissements et même de frissons et de refroidissement. On constate aussi assez fréquemment des sueurs généralisées, même profuses, limitées parfois à la région du corps qui est le siège du mal qu'on combat par l'exalgine ; ainsi encore des fourmillements étendus à tous les membres, à la langue ou seulement au point où existe la névralgie. Toutes les doses peuvent provoquer ces effets nerveux : à 0 gr. 75 on peut enregistrer de la cyanose, légère il est vrai ; sur 40 cas, M. Desnos l'a observée 4 fois.

Il est remarquable de voir avec quelle facilité cette substance est tolérée par le tube digestif, abstraction faite des cas où on se sert de préparations trop alcoolisées. Elle ne présente pas non plus les éruptions diverses qui peuvent accompagner l'usage de l'antipyrine. Elle diminue la quantité d'urine des 24 heures et même du sucre que celle-ci peut contenir et elle est facilement éliminée par les reins.

Quant aux doses à employer, M. Desnos estime que 0 gr. 25 centigrammes suffisent parfois pour produire un effet curatif et durable, et il a pu aller sans danger jusqu'à 1 gr., 1 gr. 25, 1 gr. 50 et même deux fois à 2 gr. 75, mais en ayant la précaution de ne jamais donner plus de 0 gr. 25 à la fois, à plusieurs heures ou plusieurs jours de distance. MM. Dujardin-Beaumetz, Bardet et Gaudineau préconisent la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 en 24 heures ; M. Fraser seulement, 0 gr. 03 en général, quelquefois 6, 12 et 25 centigrammes. Il est à supposer que si, à si faibles doses, ce dernier a obtenu des résultats favorables, c'est qu'il emploie une substance différemment préparée.

M. Desnos a usé de l'exalgine avec succès contre les névralgies, notamment les névralgies faciales, reconnaissant le plus souvent pour cause le froid ou l'état rhumatismal. Il a aussi guéri une altération profonde de la branche ophtalmique due à un zona. Les névralgies anémiques sont sans doute très favorablement influencées par l'exalgine, mais il y a des rechutes fréquentes tant qu'on n'a pas modifié la crase du sang. Il en est de même pour les névralgies syphilitiques. Contre la migraine les résultats ont paru douteux.

Il n'en a pas été de même dans quelques cas de névralgie intercostale. Une névralgie du plexus brachial très douloureuse, très persistante, a guéri avec une dose de 1 gr. 50. Des névralgies ilio-lombaires liées à des souffrances de l'utérus et de ses annexes ont été heureusement modifiées ; mais, si la lésion, quelle qu'elle fût, des organes internes persistait, il y avait des rechutes et dans certains cas on a échoué complètement. Il y a eu des échecs dans les cas de sciatiques.

M. Desnos a aussi traité avec succès, avec 1 gr. d'exalgine, une jeune fille atteinte de coliques néphrétiques par la gravelle urique et fait disparaître les douleurs fulgurantes, ainsi que les douleurs des talons et de la partie moyenne des pieds chez un ataxique. Les résultats n'ont pas été moins heureux dans un cas d'hystéralgie menstruelle et dans un cas de paralysie agitante, on a obtenu une atténuation notable et la disparition momentanée du tremblement.

Dans le rhumatisme, M. Desnos a eu des succès, parfois remarquables surtout dans ceux des muscles.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par la ponction suivie de lavages.

M. *Debove* a publié à la Société des hôpitaux un beau cas de guérison d'une péritonite tuberculeuse ascitique chez une jeune fille de 28 ans. La

nature de l'affection était attestée par les résultats de l'inoculation du liquide de son ascite à 3 cobayes qui tous trois sont devenus tuberculeux. Le professeur Debove a évacué par ponction 6 litres de liquide citrin; puis il fit un lavage avec deux litres d'eau boriquée saturée, l'eau et les appareils ayant été stérilisés dans l'autoclave à 120°. Après avoir eu un peu de réaction fébrile, la malade s'est améliorée rapidement. En deux mois elle a gagné 12 livres. M. Debove rapproche ce fait des cas publiés antérieurement où des péritonites tuberculeuses ont guéri par laparotomie faite à dessein ou pour une exploration (cas de Spencer Wells que nous rappelions dans le précédent numéro). On pourrait peut-être obtenir les mêmes bons résultats par le moyen plus simple qui vient de réussir à M. Debove.

Traitement de la diarrhée infantile par le lait stérilisé.

M. *Comby* attire l'attention sur les résultats excellents qu'il a obtenus avec le lait stérilisé, à l'exclusion des médicaments, pour arrêter la diarrhée infantile chez les enfants nourris au biberon ou prématurément sevrés. M. *A. Ollivier* et M. *Debove* ont dit en avoir obtenu aussi d'excellents résultats.

Virulence rabique de la salive avant l'apparition de la rage chez les animaux mordus.

On n'a pas assez remarqué l'intérêt d'expériences publiées cette année par MM. *Roux* et *Nocard* sur ce sujet.

Une personne est mordue par un animal qui ne présente aucun signe de rage au moment de la morsure, mais qui devient enragé dans les trois ou quatre jours qui suivent; cette personne court-elle un danger? Doit-elle se soumettre au traitement préventif? Pour le public, la réponse n'est pas douteuse: il n'y a aucun danger; une opinion aussi fâcheuse que répandue prétend, en effet, que la morsure d'un animal enragé n'est redoutable que pendant les accès de rage. Cependant il est notoire que chez le chien, pas plus que chez l'homme, la rage ne débute brusquement. Il existe le plus souvent des phénomènes prodromiques qui passent facilement inaperçus; de plus, on sait, maintenant, que quelques jours avant l'apparition des symptômes rabiques, la température s'élève; c'est la première manifestation de la maladie, car au moment où on constate l'élévation thermométrique, l'animal ne présente aucun changement dans ses allures, même pour un œil exercé. Or, c'est précisément sur la connaissance de ce phénomène que MM. Roux et Nocard ont basé leurs expériences. Chez des animaux inoculés préalablement avec le virus rabique, ils recueillaient de la salive dès qu'ils observaient l'élévation de la température. Or, ils ont constaté à plusieurs reprises que *trois jours au moins avant que l'animal ne présentât de changement dans ses allures, sa salive pouvait contenir du virus rabique* et donner la rage à des animaux inoculés. La conclusion, c'est qu'un chien peut présenter tous les signes extérieurs de santé, manger, être gai et caressant comme à l'ordinaire et porter dans sa gueule le virus de la rage. Si ce chien mord ou lèche une personne, il pourra lui communiquer la maladie alors qu'il ne semble pas l'avoir lui-même.

Anesthésie locale avec l'eau de Seltz.

M. *Voituriez* utilise de la façon la plus pratique et la plus simple les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique, signalées par Brown-Séquart, à l'aide des syphons ordinaires d'eau de Seltz.

L'analgésie est obtenue par la projection à dix centimètres de distance du contenu de deux à trois syphons sur la région limitée de la peau sur laquelle on veut faire porter l'instrument tranchant. Cette anesthésie persiste pendant cinq minutes, pour s'atténuer peu à peu. On renouvelle l'irrigation s'il y a lieu.

On peut formuler les indications de cette méthode dans les cas suivants : Quant on n'a pas sous la main l'instrumentation plus ou moins compliquée qu'exigent les autres moyens d'anesthésie locale ; quand la durée de l'opération ne doit pas dépasser dix à quinze minutes.

Ce mode d'anesthésie doit être réservé aux membres, car ces irrigations seraient incommodes sur le cou, le tronc, la racine des membres.

Un traitement abortif de l'herpès.

Pour provoquer l'avortement des vésicules herpétiques au début, M. *Leloir* préconise l'alcool résorciné, thymolé ou mentholé.

Alcool à 90°	100 grammes.
Résorcine	2 —

Ou bien :

Alcool à 60°	100 grammes.
Menthol	1 —

Ou bien encore, autre formule destinée à diminuer la douleur :

Alcool à 90°	100 grammes.
Hydrochlorate de cocaïne	1 —
Extrait de cannabis indica	10 —
Essence de menthe	10 —

Le pansement consistera donc dans l'application sur la surface malade. 1° De gaze imbibée de l'un de ces liquides ; 2° D'une feuille de gutta-percha ou de taffetas gommé ; 3° D'un morceau d'emplâtre diachylon pour fixer le pansement ; 4° D'une couche d'ouate hydrophile et d'un bandage, s'il y a lieu, pour assurer l'occlusion.

Le massage du ventre dans la constipation chronique des enfants.

M. O. *Karnitzky* préconise cette pratique dans un article des *Arch. für Kinderheilkunde*, que M. A. Jaquet analyse dans le *Progrès médical* du 20 septembre.

On a, jusqu'à présent, dit celui-ci, peu massé le ventre des enfants, et si les résultats n'ont pas été très satisfaisants, on doit l'attribuer à l'imperfection de la méthode. Cependant le massage est d'autant plus important que les purgatifs irritent le jeune intestin. Jacobi recommande le massage du gros intestin par des frictions avec la main à plat, mais il est aussi important de masser l'intestin grêle. Du reste, la méthode de Jacobi, qui commence à droite, est incommode chez de tout jeunes enfants, à cause du peu de longueur de la partie supérieure du gros intestin et du volume considérable du foie. Le massage du ventre chez les enfants ne diffère de celui chez les adultes que par quelques modifications exigées par les

particularités de l'intestin de l'enfant dans les diverses périodes de la croissance. En raison du volume considérable du foie, dans les premières années de la vie, l'intestin grêle et le côlon se trouvent dans la partie gauche de l'abdomen. Pour éviter les vomissements chez les nouveau-nés, il faut aussi tenir compte de la position et de la forme de l'estomac. Chez les nouveau-nés l'estomac est à peu près cylindrique, la grande courbure est peu prononcée, le cardia est vis-à-vis du pylore et la position est presque verticale. Chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, l'estomac plein est limité à droite par le bord gauche du foie, à gauche par la rate et en avant par le côlon transverse ; vide, il se retire vers la colonne vertébrale. La cause principale de la constipation chez le jeune enfant réside surtout dans la grande longueur de la partie inférieure de l'intestin. C'est donc là qu'il faut surtout masser et pas plus haut. On masse en bas, à droite et à gauche dans la direction du petit bassin, parce que, chez les enfants, l'S iliaque et son passage dans le rectum sont plus souvent situés à droite qu'à gauche. Il vaut mieux masser avant que l'enfant tette, mais on est souvent obligé de masser l'enfant à la mamelle, à cause des cris. La mère donne le sein droit à l'enfant, afin que le médecin puisse travailler de la main droite. La séance ne doit pas dépasser 10 minutes (en moyenne 4 à 5) et l'on ne doit pas masser plus de 2 fois par jour. Chaque séance commence par une friction douce du ventre avec la main à plat et *chaude*. On peut ensuite masser et pétrir délicatement l'intestin. On commence par frictionner avec l'index et le médius la partie gauche de l'abdomen, en décrivant un cercle à une distance de 1 à 2 cm. du nombril et en augmentant peu à peu la pression. Il faut avoir soin de fixer la peau avec les doigts. Le second temps consiste en petits mouvements de pression circulaires, à partir de la rate en bas jusqu'au milieu de la symphyse pubienne. Pour le troisième temps, l'opérateur place le pouce dans la fosse iliaque droite et les deux premiers doigts dans la fosse iliaque gauche et exécute un massage partant d'en haut et en dehors pour aboutir en bas et en dedans. On peut aussi masser le cæcum, mais chez les enfants de 3 à 4 mois la chose est difficile à cause du foie. Chez des enfants plus grands, on peut faire le tambourinage du ventre avec le bout des doigts, mais il est souvent mal supporté.

MÉDECINE PRATIQUE

Travaux récents sur les kystes hydatiques et leurs traitements.

On a beau posséder les signes et symptômes des kystes hydatiques du foie tels qu'ils sont énumérés dans les classiques ; on les méconnaît souvent. On méconnait plus souvent encore ceux des autres organes, parce qu'ils sont plus rares et qu'on n'y pense pas. Cependant la lecture des travaux, qui se publient annuellement sur l'infection hydatique, inspire cette pensée que, si on y songeait plus souvent, on pourrait sauver des malades qui succombent à des accidents qu'une intervention hardie auraient prévenus.

Le traitement des kystes du foie a été très controversé depuis quelques années. Cependant de ces controverses se dégagent certains principes que nous croyons utile de préciser.

I.

Après la ponction d'un kyste du foie il arrive assez souvent de l'urticaire, accompagnée ou non d'accidents généraux, dyspnée, angoisse, syncope, collapsus.

M. Debove attirait l'attention en 1888, à la Société des hôpitaux, sur *l'intoxication hydatique*. Il admet que l'urticaire qui se développe après la ponction des kystes hydatiques du poumon ou du foie et qui peut s'accompagner de phénomènes graves, dyspnée, collapsus, etc., est d'origine toxique et due à la résorption du liquide hydatique ; des injections sous-cutanées de liquide de kyste hydatique peuvent, chez des individus sains, développer des poussées d'urticaire localisée ou généralisée. Les cas de mort survenue après la ponction du foie s'expliquent par une intoxication aiguë et, dans ceux où l'urticaire a précédé la ponction, on peut admettre un certain degré d'échange entre le liquide du kyste et les tissus voisins, une sorte de résorption du liquide hydatique.

Le Dr Achard, élève de M. Debove, a publié une étude sur le même sujet dans les *Archives de médecine* 1888. Il ajoute que l'hypothèse de l'intoxication hydatique reçoit une confirmation des expériences de Roy qui, injectant du liquide hydatique à différents animaux, a déterminé des accidents variés, et des recherches chimiques de Moursou et Schlagdenhauffen qui ont isolé des ptomaïnes du contenu des kystes hydatiques du mouton.

Les localisations de l'infection hydatique, pour se faire habituellement dans le foie, ne s'en font pas moins de temps en temps dans d'autres viscères ou organes, on n'y pense pas assez au point de vue du diagnostic.

Nous relevons plusieurs cas de kystes hydatiques *de la rate*. Bergmann, en 1888, rencontre une femme de 38 ans chez laquelle une tumeur grosse comme une tête d'adulte a été considérée comme un kyste de l'ovaire gauche ; elle est très mobile, fournit à la ponction un liquide *incolore*, et, comme elle est indépendante des organes génitaux, Bergmann diagnostique un kyste hydatique dans une rate flottante. Il extirpe la rate, malgré les adhérences que la tumeur avait contractées avec l'intestin et l'épiploon ; la rate n'était ni atrophiée, ni dégénérée, hormis le kyste ; la guérison fut rapide, retardée seulement par une pleurésie. Des examens réitérés du sang il résulta que l'ablation de la rate ne paraissait pas avoir modifié le nombre et la proportion des globules.

Fehleisen, dans le cas d'une tumeur splénique grosse comme une orange, fournissant le frémissement hydatique et des frottements périspléniques chez un garçon de 11 ans, confirme par une ponction le diagnostic de kyste hydatique ; après 6 semaines d'observation, constatant que le volume augmente, que la périsplénite disparait et que le frémissement hydatique persiste, il ouvre la paroi abdominale, fixe le kyste par des sutures aux lèvres de la plaie, puis 4 jours après l'incise et évacue de nombreuses hydatides. Au bout de six semaines persistait seulement une fistule, qui s'est oblitérée plus tard.

Notre ami Leprévost, du Havre, diagnostique un kyste hydatique de la rate chez une femme de

26 ans, et, pour confirmer le diagnostic, retire 1 cc. de liquide par une ponction avec la seringue de Pravaz. Douze jours après, ponction avec l'aspirateur de Potain sans résultat ; réaction inflammatoire vive qui cède en 10 jours. Puis la tumeur diminue spontanément, et quelques mois après il n'en reste plus trace. Dans un rapport à la Société de chirurgie sur ce cas, Segond attribue la guérison à la réaction inflammatoire provoquée involontairement par la deuxième ponction.

Le kyste de la rate peut communiquer avec les bronches comme celui du foie.

M. Lacombe diagnostique un kyste hydatique de la rate chez un homme de 37 ans ; la ponction capillaire évacue deux litres de liquide clair avec crochets ; trois mois plus tard, se produit une vomique abondante de liquide clair avec hydatides ; puis surviennent des vomiques purulentes répétées. M. Quénu intervint chirurgicalement. Il réséqua 10 à 12 centimètres de la 9e côte, arriva dans une cavité purulente sous-diaphragmatique, dut réséquer la 10e côte pour nettoyer avec de l'eau boriquée le clapier encombré de caillots sanguins, de pus, de fausses membranes, de débris d'hydatides ; après mise de drains et réunion de la plaie, le malade guérit en 2 mois.

M. Em. Marguet (Th. de Paris 1888), a étudié les kystes hydatiques des *muscles volontaires*. Après une analyse critique des faits publiés, l'auteur est arrivé à la conclusion qu'on en possède 130 cas authentiques, avec examen direct de la tumeur ou de son contenu.

Les muscles striés occupent le quatrième rang par ordre de fréquence parmi les organes dans lesquels on a signalé des kystes hydatiques. Leur richesse vasculaire explique cette fréquence, et les chances de l'infection, qui se fait probablement par la voie vasculaire sanguine, sont proportionnelles à la masse charnue du muscle et à son activité fonctionnelle. Les kystes nés dans la trame conjonctive du muscle tendent à gagner la partie superficielle. Dans un grand nombre de cas, le traumatisme a pu faire apparaître la tumeur, soit en déterminant la fixation au point traumatisé de l'exacanthe en circulation, soit en imprimant une impulsion à un kyste préexistant, connu ou ignoré. Le diagnostic des kystes hydatiques s'appuie sur le siège, dans le muscle ou à la surface, d'une tumeur ovoïde ou sphérique nettement circonscrite. Sur 130 cas, la fluctuation ou une consistance élastique a pu être perçue 52 fois ; 19 fois la tumeur était dure et 23 fois rénitente ; sa consistance varie avec l'état de tension ou de relâchement du muscle, le mode d'évolution. On n'a trouvé que 1 fois sur 26 le frémissement hydatique. La ponction exploratrice est le moyen d'assurer le diagnostic. Le traitement doit consister dans l'extirpation totale ; on peut quelquefois, à cause de la situation anatomique, être réduit à ne faire que l'incision et le raclage de la portion restante de la poche.

Van Gieson a rapporté un cas remarquable par la *multiplicité et la diffusion des kystes* hydatiques. La malade avait succombé dans le délire sans qu'on eût de renseignements sur son état antérieur. Elle avait des kystes sur la paroi externe de la vésicule biliaire, dans la région lombaire, dans la région hypogastrique, dans la région inguinale gauche, sur un psoas avec adhérence à l'appendice vermiculaire, dans l'épaisseur du mésentère, sur la face antérieure de l'utérus et la lèvre antérieure du corps.

Les kystes hydatiques du *mésentère* et de la *cavité péritonéale* méritent une mention particulière. M. F. Albert a soutenu sur ce sujet, en 1887, une thèse où il a réuni huit observations de kystes multiples de la cavité péritonéale, qu'il distingue des cas où il y a seulement coexistence simple de 2 ou 3 kystes. Les kystes multiples forment une maladie de tout le péritoine et offrent les signes de l'encombrement par des tumeurs multiples, de quelque nature qu'elles soient. Ils doivent être diagnostiqués d'avec les maladies généralisées à toute la séreuse comme la tuberculose et le cancer.

On les trouve surtout dans le grand épiploon et la cavité pelvienne. Les méthodes curatives des kystes simples ne sont nécessairement que palliatives des kystes multiples. Pour ceux-ci, il faut faire la laparotomie, qui peut donner une guérison radicale si on a pu enlever tous les kystes.

Mais le diagnostic peut n'avoir pas été fait et l'évolution se présenter comme dans un cas rapporté par F. Cimbali, où un jeune homme de 18 ans en pleine santé est pris après un bain froid d'une violente douleur abdominale avec signes de péritonite, d'abord aiguë, puis subaiguë avec abattement et collapsus progressif. Au niveau d'un point saillant de la paroi abdominale une incision donne issue à deux litres de liquide jaunâtre ; on tombe dans une poche du kyste à paroi indurée et crétifiée s'étendant de la fosse iliaque à la région lombaire, d'où se firent ultérieurement des écoulements de sang et de matière fécale. L'autopsie fit reconnaître qu'un volumineux kyste hydatique développé dans le mésentère, avec des parois calcifiées, avait perforé le côlon ascendant et déterminé une péritonite diffuse.

Les kystes de *la moelle* sont rares, et, on peut le dire, jamais diagnostiqués.

L. Hirth a vu, à l'autopsie d'un homme de 66 ans, qui avait présenté pendant deux ans la plupart des signes du tabes et était considéré comme un ataxique à crises gastriques, une vingtaine de vésicules hydatiques espacées à deux centimètres les unes des autres sous la pie-mère rachidienne ; elles avaient agi comme de simples corps étrangers et produit des troubles réflexes.

R. Maguire soigne un garçon de 16 ans pour des accidents de myélite ascendante à marche assez singulière : la maladie débute par une vive douleur interscapulaire qui persiste près de deux mois ; une paraplégie progressive s'installe avec incoordination motrice et divers phénomènes ataxiques, mais le signe de Romberg (impossibilité de se tenir debout les yeux fermés) n'existe pas. La contractilité électrique et les réflexes tendineux sont exagérés. Aucun indice de lésions osseuses du rachis. Mais la paraplégie devient complète, il y a incontinence d'urine et des matières fécales. Puis les épaules sont le siège d'élancements douloureux ; l'affaiblissement, la paralysie gagnent les membres supérieurs. Le jeune homme succombe à l'asphyxie pulmonaire. A l'autopsie on trouve le canal vertébral bourré de kystes hydatiques entre la 7e cervicale et la 6e dorsale, la moelle étant à ce niveau ramollie et détruite.

On a vu des kystes hydatiques dans la *cavité orbitaire*.

Il faut penser aux kystes hydatiques dans des cas où on trouve dans l'orbite une tumeur arrondie de nature indéterminée, quel qu'en soit le siège. Zéhender voit un homme de 52 ans avec exophthalmie monooculaire datant de 6 mois, diminution de l'acuité visuelle, diplopie et œdème de la pupille ; il perçoit par le toucher une petite tumeur arrondie entre le globe oculaire et la paroi orbitaire supérieure ; l'incision permit seulement de diagnostiquer sa nature hydatique, et la guérison nécessita des opérations ultérieures pour extirper la poche rétractée au fond de l'orbite et épaissie. Ce fait se passait dans le Mecklembourg, où il paraît que les kystes à échinocoques sont plus fréquents que dans les autres provinces allemandes (2,44 p. 100 du chiffre total des autopsies).

II

Depuis 1887 on trouve bon nombre de *guérisons de kystes hydatiques par les injections de sublimé.*

Rossoni, Sennett, Bacelli, en ont publié. Ce dernier ponctionne le kyste avec une seringue de Pravaz, retire 10 grammes de liquide, et les remplace par un égal volume de solution de sublimé contenant de 1 à 5 centigrammes de sel mercurique. Il n'y a pas de réaction fébrile et le foie reprend son volume normal au bout de quelques jours.

M. Bouchard a opéré de même avec une solution de biiodure de mercure.

M. Debove (Société des hôpitaux, 1888) a préféré, dans un cas, vider le kyste hydatique et retirer 500 grammes de liquide de Van Swieten.

Dans un autre cas il a retiré, en trois fois, 1800 gr. de liquide, limpide, puis louche et fait après la troisième ponction un lavage avec un litre d'une solution de sulfate de cuivre à 5 %. Quatre mois après, il n'y avait plus trace de tumeur hépatique. M. Debove a montré qu'il y avait danger à faire une ponction purement exploratrice ; les jours suivants le liquide de la poche trop tendue peut couler dans le péritoine par l'orifice de la ponction ; on évite cet accident en évacuant d'emblée une quantité notable de liquide.

La question revenait à la Société des hôpitaux en juin 1890.

Le traitement des kystes hydatiques du foie par les injections de sublimé, a dit alors M. Juhel-Rénoy, offre de réels dangers. Chauffard a proposé de remplacer cet agent par l'eau naphtolée ; le fait suivant prouve que le naphtol est, en effet, dans certains cas préférable au sublimé : un kyste volumineux du foie fut ponctionné ; on retira 1,500 grammes de liquide ; on injecta ensuite 100 grammes de sublimé qu'on laissa dix minutes et qu'on retira pour faire un grand lavage avec un litre d'eau bouillie. Bientôt survinrent des symptômes d'intoxication : diarrhée, stomatite, fièvre. Le liquide se reproduisit ; une seconde ponction donna 1,800 grammes d'un pus fétide ; on fit alors une injection d'eau naphtolée ; la fièvre tomba. Bientôt le liquide se reproduisit en même temps que la température s'élevait de nouveau. Nouvelle ponction et nouveau lavage à l'eau naphtolée. Neuf ponctions furent ainsi faites en un mois et demi. M. Juhel-Rénoy mettait jusqu'à 25 grammes de naphtol par litre d'eau, et faisait passer en lavages 8 litres de cette eau. La guérison fut complète. Un second essai de sublimé avait été fait qui avait rapidement déterminé de la stomatite. M. Juhel-Rénoy croit donc pouvoir conclure : 1° Que le traitement médical des kystes hydatiques du foie est suffisant pour en obtenir la guérison ; 2° Que le sublimé peut amener des accidents et qu'on doit lui préférer le naphtol.

M. Merklen a observé un cas absolument analogue : Kyste hydatique volumineux, ponction, injection de 200 grammes de sublimé ; accidents d'intoxication ; quinze jours après, nouvelle ponction, liquide purulent. Alors injections naphtolées amenant une guérison rapide.

M. Netter a soigné un malade atteint d'un abcès du foie des pays chauds qui a parfaitement et rapidement guéri par un lavage au sublimé sans présenter de symptômes d'intoxication. La ponction ayant donné 700 grammes de pus, on injecta 700 grammes de sublimé au 1/2000[e] que l'on retira immédiatement et non dix minutes après ; on lava ensuite à l'eau bouillie. Il n'y a eu aucun accident. Tout doit dépendre évidemment de la manière dont on se sert du sublimé.

M. Chantemesse adopte le procédé de M. Netter, mais en faisant suivre l'injection du sublimé d'un lavage à l'eau salée qui dissout et entraîne tout ce qui reste de sublimé dans la poche kystique.

M. Balzer : On pourrait remplacer le sublimé par un autre sel de mercure, le benzoate de mercure. Celui-ci possède sur le bichlorure cet avantage qu'il ne coagule presque pas l'albumine. Or ce sont des caillots qui, contenant du sublimé et étant résorbés, causent l'intoxication.

Nous pensons donc qu'on peut dégager de ces faits les conclusions suivantes :

En cas de kyste non suppuré, peu volumineux, facilement accessible, on peut essayer le procédé qui consiste à extraire par aspiration une très petite quantité de liquide kystique 10 à 20 c. et à les remplacer par la même quantité d'une solution de sublimé ou de biiodure.

Si la poche est de dimension moyenne, mieux vaut évacuer la totalité du liquide kystique et faire des lavages avec la solution de sublimé à 0,50 pour 1000, suivis de lavages à l'eau salée bouillie.

Pour les très grands kystes, l'eau naphtolée par son innocuité donne plus de garanties contre l'intoxication.

Mais en cas de kystes suppurés, après deux lavages, si la suppuration n'est pas tarie, l'incision large s'impose ; de même elle est indiquée si l'état général est mauvais, s'il y a de la fièvre hectique.

Au Congrès français de chirurgie de 1888, Segond, Maunoury, ont parlé sur le *traitement chirurgical* des kystes du foie. A la Société de chirurgie, Richelot, Bouilly, ont publié plusieurs observations qui montrent que les moyens médicaux ne peuvent suffire à tous les cas et que la laparotomie est souvent indispensable.

Potherat, dans une thèse passée en 1889, a résumé de cette façon les principales indications qui se présentent dans le traitement des kystes hydatiques du foie. Il n'est pas enthousiaste de la ponction capillaire exploratrice qui peut déterminer des accidents comme l'urticaire et la suppuration, et qui peut ne pas fournir des renseignements suffisants sur la nature du contenu, les dimensions de la poche et le nombre des kystes. Elle peut cependant être employée à la condition qu'on s'entoure des précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Au point de vue du diagnostic, Potherat dit avoir toujours obtenu la réaction des sels biliaires en traitant les urines par l'acide nitrique.

Il ramène le traitement à trois méthodes :

Ponction simple, — ponction avec injection de sublimé, — large incision.

Chacune d'elles répond à des indications différentes :

a. Kyste non suppuré, sans vésicules filles : la ponction devra être essayée une ou deux fois au maximum. Elle devra être aseptique et évacuatrice. Il vaudra mieux la faire suivre d'une injection de sublimé.

b. Kyste non suppuré, vésicules filles nombreuses : on doit préférer aux deux procédés précédents, inefficaces, la large incision.

c. Kyste suppuré. Indication absolue en faveur de l'incision large.

L'ouverture dans les voies aériennes n'est pas une contre-indication à la large incision.

Mais, suivant la situation du kyste, le manuel opératoire de l'incision doit varier.

Dans le cas de kyste antéro-inférieur, on doit faire la laparotomie antérieure, médiane, si la tumeur est très grosse ; latérale si elle est d'un volume moyen. Un kyste postéro-inférieur requiert l'incision lombaire. Dans le cas de kyste antéro-supérieur on fait la laparotomie latérale, sauf le cas où la tumeur se serait développée exactement sur la ligne médiane. L'énucléation ne doit pas être faite, mais on peut réséquer quelquefois une portion de tissu du foie. Le kyste postéro-supérieur ne peut être atteint que par la voie transpleurale.

C'est à coup sûr pour les kystes supérieurs du foie, les plus rares d'ailleurs, que la ponction doit être insuffisante. Ces kystes, qui peuvent être confondus avec un épanchement pleurétique, produisent en effet la matité, l'absence de vibrations vocales, la dilatation de la moité droite du thorax à sa base, un souffle respiratoire lointain. Quand la ponction exploratrice est faite, M. Eug. Bœckel estime qu'elle doit l'être avec un trocart aspirateur d'un diamètre suffisant pour laisser passer les vésicules hydatiques. Le diagnostic une fois établi, il faut enlever un morceau de la 7e côte aussi en avant que possible pour ne traverser ni la plèvre, ni le péritoine, et faire l'incision au bistouri.

M. Heydenreich a préconisé l'incision des kystes du foie en deux temps. Dans un premier temps il incise les diverses couches de la paroi abdominale, y compris le péritoine ; des adhérences se forment entre celui-ci et le kyste, et, quand elles sont solides, on incise le kyste lui-même. L'incision en un temps est dangereuse, pense-t-il, parce que, le tissu du kyste et celui du foie étant friables, il y a danger de rupture des sutures qu'on fait après l'incision en un temps pour fixer le foie aux lèvres de la plaie abdominale. Pour les kystes de la face supérieure, on peut d'abord ouvrir la cavité pleurale en réséquant une côte et tamponner avec la gaze iodoformée. Huit jours après, on incise le kyste. Par le procédé en deux temps on aurait compté 21 guérisons sur 22 opérations, tandis que le procédé en un temps aurait donné 6 morts sur 38 opérés.

Les kystes hydatiques du rein ont été étudiés par J. Bœckel en 1887 ; ils doivent être attaqués de trois façons différentes : lorsque la tumeur fait saillie à la région lombaire, on fait la néphrotomie lombaire comme Péan et Volkmann ; si la tumeur siège dans l'hypochondre ou le flanc, on fait la néphrotomie latérale ou para-péritonéale, quitte à faire la néphrectomie si le rein apparaît compromis dans son fonctionnement ou déplacé ; un kyste volumineux saillant dans l'abdomen est justiciable de la néphrotomie antérieure. Dans les cas douteux on commence par la laparotomie et la ponction exploratrice. Si on trouve la néphrectomie impraticable, on incise largement le kyste ou on excise une portion, on le fixe on le suturant à la paroi abdominale.

En somme, cette question des kystes hydatiques du foie et des principaux organes, qui a donné lieu à de nombreux travaux dans ces dernières années a bénéficié beaucoup de la chirurgie aseptique et antiseptique. Il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une tumeur hydatique dans tout cas de marasme fébrile ou non dont la cause échappe et explorer minutieusement tous les organes accessibles à la palpation et à la percussion, car dans quelques cas il pourra arriver qu'une trouvaille de ce genre et une intervention hardie arrachent des malades à une mort certaine.

P. Le Gendre.

SYPHILIGRAPHIE

De l'excision du chancre comme traitement abortif de la syphilis, par le professeur H. Leloir (de Lille).

Peut-on détruire le chancre ? — Oui, certes, et le fait est connu depuis longtemps.

Depuis Corbis, Benjamin Bell, Hunter, Ricord, Auspitz et Unna, Pick, etc., cette destruction a été faite bien des fois. J'ai moi-même excisé ou vu exciser bon nombre de chancres et le plus souvent le chancre excisé ne reparaissait pas. J'ai dit en 1884, dans mes leçons sur la syphilis, que je considérais le médecin comme autorisé à enlever le syphilome primaire quand il se trouvait dans les conditions suivantes : 1° chancre au début ; 2° chancre situé dans une région où l'excision peut se pratiquer très facilement et sans aucun danger (petites lèvres, prépuce) ; 3° chancre non encore accompagné d'adénopathie ; 4° chancre unique ou tout au moins chancres pouvant être enlevés facilement ; 5° sujet non diabétique, non albuminurique, etc.

J'ai suffisamment excisé ou vu exciser de syphilomes primaires pour ne plus redouter les complications signalées par les auteurs qui n'admettent pas la destruction du chancre. Tel est également l'avis de Cornil, de Auspitz, de Unna, etc., etc. En somme la plaie en quelques jours est complètement cicatrisée, les réindurations, les réapparitions du syphilome primaire au niveau de la surface d'opération sont chose rare, lorsque l'opération est faite d'après les régles précitées. La cicatrice est des plus minimes.

Donc ce traitement par excision est légitime dans certains cas, et peut-être évite-t-on ainsi diverses complications du syphilome primaire. En tout cas, on débarrasse le malade d'une lésion toujours incommode.

Mais, me direz-vous, en enlevant ainsi le chancre, ferez-vous avorter la syphilis ? La question ne peut encore être jugée et il faut pour cela de nombreux faits.

Depuis 1884, j'ai ainsi eu l'occasion d'exciser de nouveau trois syphilomes primaires. Les deux premiers dataient déjà de huit jours et étaient accompagnés d'une légère adénopathie, et, si je les excisai, sans aucun espoir d'ailleurs d'entraver la marche de la syphilis, c'est qu'ils siégeaient sur le bord libre du prépuce. Le résultat fut celui auquel je m'attendais.

Mon troisième cas est particulièrement intéressant.

Il s'agit d'un jeune homme très intelligent ; ayant appris qu'il avait eu des rapports avec une femme ayant des chancres, je lui conseillai de s'examiner plusieurs fois par jour la verge au moyen d'une loupe, et de venir me retrouver dès qu'il constaterait la moindre lésion suspecte.

Quatre jours après, c'est-à-dire 19 jours après le rapport suspect, il vient me montrer une petite papule apparue la matin même, grande comme une très petite lentille, très légèrement érosive à son centre, et ne présentant aucun signe d'induration manifeste.

Je n'hésitai pas à exciser aussitôt largement un morceau du bord libre du prépuce et à cautériser ensuite énergiquement la plaie au thermocautère.

Malheureusement, neuf jours après l'excision du chancre, le plaie s'indurait et je vis se développer un chancre infectant.

Six semaines après, M. X... fut atteint de roséole discrète, de papules opalines des amygdales, etc.

Ce cas est presque identique à celui que j'ai relaté en 1884, au Congrès de Copenhague.

Un chancre infectant est excisé dès sa naissance et cela aussi largement que possible ; malgré cette excision, les accidents secondaires se montrent à la date ordinaire.

Cette fois encore, mon éradication des tissus infectés par le virus syphilitique a été insuffisante. Et ce qui le prouve, c'est qu'ayant pratiqué l'examen histologique de la papule enlevée, j'ai constaté bien au delà de la région cliniquement malade, l'existence de traînées de cellules embryonnaires, s'étendant au delà de la préparation histologique et que je considère comme les prolongements, les racines de mon syphilome primaire.

De ce fait, je crois pouvoir conclure que l'éradication a été insuffisante, car je ne puis admettre, ainsi qu'on l'a cru longtemps, que le chancre est une manifestation locale d'un état général, le premier des accidents secondaires, comme l'a dit Ricord.

Ce qui tendrait à prouver qu'il est peut-être possible d'éradiquer parfois complètement, au début, le syphilome primaire, ce sont les observations d'Auspitz et Unna, de Langenbœck, de Rydigier, de Kœlliker, de Pick, de Pospelow, de Spiellmann, de De Amicis et deux observations que j'ai relatées dans mes leçons sur la syphilis.

Depuis lors, le docteur Lenger (de Liége) m'a communiqué un cas analogue.

Or ces cas heureux, ces cas positifs, semblent réellement exister ; comment les interpréter ?

Faut-il admettre que, dans ces cas-là, le virus syphilitique a avorté sur place à la période primaire, comme l'a dit Lancereaux au dernier Congrès international de dermatologie (Paris 1889), et que dès lors le virus ne devait pas amener l'infection générale avant cette excision ?

Je n'en sais absolument rien. Mais si j'osais me risquer à émettre mon opinion sur ce sujet, je dirais avec Diday : lorsque nous ne réussissons pas, c'est que l'éradication a été insuffisante...

Malheureusement c'est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, que cette éradication parait être insuffisante. Le virus est déjà passé ; jusqu'où ? Je n'en sais rien, mais certes au delà de la surface d'excision.

Pour terminer, je pense qu'en attendant de nouveaux faits, nous devons exciser, mais n'excisons que lorsque le malade le veut, et lorsque nous lui aurons résumé l'état de la question sur ce sujet. Mais, si le malade n'est pas convaincu, s'il préfère conserver son chancre, je ne crois pas que nous soyons autorisés à insister davantage.

Traitement préventif général de la syphilis.

Je ne crois pas que l'on soit autorisé à établir comme règle le traitement général, dès que le chancre est diagnostiqué.

Je ne donne, en général, le traitement spécifique que dès le début des accidents secondaires, et voici pourquoi :

1° Le diagnostic du syphilome primaire n'est pas toujours chose facile.

Si donc l'on donne dès le début le traitement préventif au malade, il peut arriver que, supposant que celui-ci ait empêché l'apparition des accidents secondaires, on ne sache jamais si le malade a la syphilis ou non.

Or, il n'est pas indifférent de savoir si l'on a la syphilis. Certains malades, en effet, pècheront par excès et, se croyant syphilitiques, s'altèreront la santé en se bourrant de mercure et d'iodure, et cela inutilement ; d'autres pècheront par défaut.

2° Il semble qu'il existe des cas très exceptionnels, il est vrai, où la syphilis avorte à la période primaire. Tel serait peut-être le cas que j'ai relaté en 1889, au Congrès international de dermatologie (Paris 1889), avec M. Dubois-Havenith, de Bruxelles, et où une lésion, présentant tous les caractères du chancre infectant, ne fut pas suivie d'accidents secondaires.

Au même Congrès, Lancereaux et Barthélemy dirent avoir observé plusieurs faits semblables.

3° J'ai, dans le temps, pendant de longues années, suivi l'opinion qui prescrit de donner le mercure dès la constatation du syphilome primaire. Je constate, en dépouillant mes nombreuses observations, qu'il est bien difficile de dire que ce traitement ait diminué l'intensité de l'explosion des accidents secondaires.

4° Mes statistiques me montrent que les accidents ultérieurs tardifs n'ont pas été moins fréquents chez les malades traités dès le début du chancre que chez ceux traités dès le début de la période dite secondaire.

5° Il m'a semblé même que dans bon nombre de cas, mais je suis peut-être tombé sur des séries malheureuses, les accidents ultérieurs, en particulier les syphilides muqueuses, étaient plus tenaces, plus résistantes au traitement antisyphilitique, chez les sujets traités dès la période du syphilome primaire que chez les sujets traités, seulement au début de la période secondaire.

6° Bien des faits cliniques portent à admettre que ce n'est qu'au début de la période secondaire que l'infection générale, l'infection sanguine, est constituée. N'y a-t-il pas désavantage à habituer

en quelque sorte l'organisme au traitement spécifique alors qu'à cette période son action efficace est loin d'être démontrée ; ne vaut-il pas mieux frapper un grand coup lorsqu'on peut attaquer directement le virus quand il se montre au début de la période secondaire? Ne trouvons-nous pas, dans les périodes secondaires et plus avancées de la syphilis, des faits qui nous montrent le danger qu'il y a à accoutumer par trop l'organisme au traitement spéficique? Nous avons tous vu des syphilides résistant à un traitement continu, céder, lorsque, ayant abandonné ce traitement pendant quelque temps, on le reprenait tout à coup énergiquement.

Il y avait en quelque sorte accoutumance, l'interruption venait rompre cette accoutumance et permettait ainsi à un nouveau traitement spécifique d'agir efficacement.

7° Enfin, il ne faut pas oublier que le traitement spécifique est un traitement fatiguant la santé du sujet ; or, nous devons donner au malade la quantité de mercure ou d'iodure suffisante pour combattre la syphilis, mais ne pas lui en donner trop longtemps en trop grande quantité, de crainte d'altérer sa santé.

Il ne faut pas oublier que, dans le traitement de la syphilis, la conservation de la santé générale du sujet est chose majeure.

Par contre, je pense que, dès l'apparition du syphilome primaire, il faut traiter celui-ci localement comme un foyer de virus syphilitique et cela énergiquement au moyen des préparations mercurielles, au premier rang desquelles je mets l'emplâtre de Vigo du Codex français et l'emplâtre hydrargyrique de Unna.

Il est bon d'adjoindre à ces applications des lotions bi-quotidiennes avec une solution de bichlorure d'hydrargyre.

Commencement, durée et méthode la plus sûre du traitement de la syphilis.

Voici la méthode thérapeutique que j'emploie d'ordinaire dans le traitement de la syphilis.

Suivant l'intensité des phénomènes observés, je prescris au malade des frictions hydrargyriques quotidiennes, dont la dose varie de 2 à 4 gr. pendant 15 jours à 3 semaines suivant les cas, et je continue ainsi pendant les dix premiers mois.

J'ai soin pendant les périodes de traitement et dans leurs intervalles de traiter localement les syphilides au moyen de préparations hydrargyriques : emplâtre hydrargyrique pour les syphilides cutanées ; pommades, solutions, lotions hydrargyriques pour les syphilides muqueuses.

Dans certaines formes de syphilides cutanées rebelles je prescris les bains généraux renfermant 7 gr. de bichlorure environ. J'insiste sur l'hygiène de la bouche, la propreté, l'hygiène générale, et je m'efforce de tonifier autant que possible mon malade.

Dans bien des cas, lorsqu'il le peut, je lui recommande un séjour à la campagne ou au bord de la mer.

Au bout de 6 à 10 mois je ne fais plus faire de frictions mercurielles que pendant 10 jours, et j'accorde au malade un intervalle de repos variant de 3 à 6 semaines et même deux mois suivant le cas. Je continue ainsi pendant la fin de la première année et pendant la deuxième année de la syphilis.

J'ai soin de prescrire au malade des sudorifiques, quelques purgatifs et de l'exercice, pour faire circuler le mercure et éviter son accumulation. Dans quelques cas exceptionnels, lorsque le malade est atteint de céphalée persistante, de douleurs ostéocopes, résistant au traitement hydrargyrique, je prescris momentanément 2 à 3 gr. d'iodure de potassium auxquels j'adjoins ordinairement 0,50 c. à 2 gr. de bromure de potassium.

A partir de la fin de la deuxième année, mon traitement varie beaucoup suivant les cas : Lorsque le sujet est indemne complètement depuis un certain temps d'accidents syphilitiques, je me borne à lui prescrire tous les trois mois 10 jours de frictions à la dose de 2 à 3 gr. ; je ne prescris les préparations hydrargyriques internes que quand je ne puis faire autrement, car, par les troubles digestifs qu'elles amènent, comme l'a montré Jullien, elles sont une cause plus puissante de neurasthénie que les frictions.

Je les emploie chez les sujets auxquels les frictions répugnent pour différentes causes, chez les sujets auxquels je dois donner du mercure sans paraître leur en donner (femmes mariées contaminées, etc), chez les sujets dont la peau trop irritable ne peut supporter les frictions (on parvient en général à éviter cet inconvénient en employant l'onguent mercuriel fraîchement préparé avec de l'axonge benzoïnée fraîche, en faisant bien nettoyer la peau 12 heures après la friction, puis lotionner et poudrer), chez les sujets qui sont absolument obligés de cacher la thérapeutique qu'ils suivent. Quant aux injections sous-cutanées de sels solubles ou insolubles, je ne les emploie guère que dans la clientèle hospitalière et en particulier chez les filles publiques, parce que ces dernières ont une tendance à ne pas prendre les médicaments qu'on leur donne.

Je n'ai pas besoin de dire que, en cas d'existence d'accidents syphilitiques, j'ai recours à un traitement dont l'intensité et la durée dépendent des phénomènes syphilitiques observés.

Si, à partir de la 3e ou de la 4e année, mon malade a été indemne pendant plus d'un an de tout accident syphilitique, je me borne, par mesure de précaution, à lui faire faire deux fois dans l'année, au printemps et à l'automne, des frictions hydrargyriques pendant une dizaine de jours et à lui faire prendre, pendant un mois après chacun de ces traitements hydrargiques, de l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. pendant trois semaines.

D'une façon générale, j'évite autant que possible l'exagération de la thérapeutique mercurielle et iodée dont je redoute les effets. J'ai vu bien des fois l'altération de l'économie résultant de ces abus thérapeutiques avoir pour conséquence des phénomènes neurasthéniques graves.

J'ai même vu plusieurs fois ces phénomènes neurasthéniques, accompagnés ou non de dilatation de l'estomac, être pris pour des phénomènes de syphilis cérébrale ou cérébro-spinale ; et le traitement mercuriel et iodé exagéré qui avait été la cause de ces troubles nerveux, venir encore par sa continuation et son augmentation graduelle, accroître les phénomènes neurasthéniques.

J'ai en ce moment présentes à l'esprit plusieurs observations qui peuvent se résumer de la façon

suivante : le malade a contracté la syphilis. Il consulte un syphiligraphe qui le traite et le traite bien ; des ennuis, des excès, la mauvaise hygiène, l'abus des préparations mercurielles et iodées déterminent chez le malade des phénomènes neurasthéniques qui, par la céphalée, les vertiges, les changements de caractère, les troubles de la mémoire, en imposent au médecin traitant et lui font poser le diagnostic : syphilis cérébrale. Le diagnostic syphilis cérébrale posé, la conséquence est toute simple, le traitement spécifique a été insuffisant, il faut l'augmenter. Malgré cette augmentation dans l'intensité du traitement, les troubles nerveux ne diminuent pas, tout au contraire ils augmentent. Le malade va retrouver son médecin, le médecin augmente encore les doses et c'est ainsi que, par un traitement spécifique prescrit d'une façon exagérée et inopportune, l'on voit s'accroître les phénomènes neurasthéniques.

VARIÉTÉS

Variabilité de l'action de certains végétaux toxiques suivant les animaux (1).

Dans son nouveau livre sur la pathologie comparée, M. Bordier rappelle que Bouchardat avait démontré que l'action des poisons qui troublent les fonctions du cerveau est proportionnelle à la vie cérébrale des animaux. Les exemples de cette variabilité d'action des substances toxiques, suivant les espèces, sont nombreux : le *cytisus proliferus* peut être impunément mangé par les *ruminants*, mais il ne convient pas aux *équidés*, qui, d'une manière générale, sont, de tous les animaux domestiques, les plus sensibles à l'action des *cytises* ; l'*homme* et les *grands animaux* sont tués par la *fausse oronge*, que les *limaces* mangent impunément ; la *lupinose* tue le mouton, la *chèvre*, les *bovidés* et les *solipèdes* ; elle ne fait aucun mal au *lapin* et au *cobaye*. D'après Pallas et C. Vogt, le hérisson avalerait, sans être incommodé, des *cantharides*, et il pourrait être mordu, sans danger, par une *vipère*, même sur les parties découvertes comme le museau et la langue.

La *jusquiame* tue le *cerf*, certains *singes*, les *rongeurs*, les *oiseaux*, les *poissons* et l'*homme* ; la *vache*, la *chèvre*, le *mouton* et le *cheval* ne sont pas empoisonnés par elle.

La *thébaïne* est mal tolérée par le *chien*, même à la dose de 10 centigrammes ; les *rongeurs* mangent impunément de la *belladone* ; les *chèvres* sont friandes de *tabac* ; le cheval est excité par la *morphine*, les *escargots* mangent les feuilles de la *digitale*. Le *coquelicot* passe pour être un poison pour les *bovidés* ; le sucre est vénéneux pour les *grenouilles* et pour les *vers intestinaux* ; la racine de *manioc*, qui est un poison pour l'*homme*, est impunément mangée par les *rongeurs* et par les *porcs*, tandis qu'elle tue les *bœufs*, les *chevaux* et les *moutons* ; les *faînes* données aux *chevaux* et aux *ânes* provoquent chez eux, dit-on, des inflammations de la muqueuse intestinale ; les bourgeons de *sapin*, de *genévrier* passent pour donner des *hématuries* aux bêtes *bovines* ; la *mercuriale* est, dit-on, toxique pour les *moutons* ; le *seigle ergoté* l'est pour les *porcs*, il l'est peu pour les *chevaux* et pour les bêtes *bovines*. D'après Collin (de Bagneville), le *lotier corniculé* est un poison pour les *solipèdes* ; le *sapindus edulis* du Brésil tue les *dindons* et ne fait pas de mal aux autres oiseaux.

La *rubia noxia*, nommée aussi *tangaraca* ou *herbe aux rats*, produit sur ces animaux le même effet que la valériane sur les chats. Une espèce d'*arnica*, le *doronicum*, tue le *chien* et peut être, dit-on, mangée par le *chameau* ; cet animal passe pour manger les *euphorbes* ; la *salsola soda* est mangée par les *chameaux* et empoisonne les *chevaux* ; la *phellandrie aquatique*, toxique pour les *chevaux*, ne l'est pas pour le *bœuf*.

L'aconit est sans danger pour les *chevaux* et pour les *chèvres* ; le *porc* supporte à merveille l'*antimoine* ; on dit que le *café* tue certains *oiseaux* et qu'il ne fait aucun mal aux *moineaux* ou aux *corbeaux* ; la *grive* mange les graines de *ciguë* ; le *faisan*, les graines du *datura*.

Enfin, le milieu intérieur peut varier, avec la couleur même des animaux, d'une manière telle que l'organisme cesse d'être sensible à certaines substances : c'est ainsi que Darwin assure que les *moutons blancs* sont tués par l'*hypericum crispum*, tandis que les *moutons noirs* le mangent sans inconvénient. Dans le Tarentin, on n'élève, paraît-il, pour ce motif, que des moutons noirs ; en Virginie, les *porcs blancs* ont été tués, dit-on, par le *lachnantes tinctoria*, qui ne fait aucun mal aux *porcs noirs* ; les *porcs blancs* craignent aussi, dit-on, le *polygonum fagopirum*.

Diverses sortes de pêches à chair jaune souffrent d'une maladie qui n'atteint pas au même degré les pêches à chair blanche (Darwin).

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement d'Arles-sur-Rhône.

EXTRAIT DE LA RÉUNION DU 26 OCTOBRE 1889.

Décision. — A l'unanimité des membres présents, LES ASSOCIATIONS DE SECOURS MUTUELS sont rejetées en principe par le syndicat. — Les malades de ces diverses sociétés rentrent dans le tarif général des honoraires établis par les membres du syndicat. Cette décision n'atteindra pas cependant les sociétés de secours mutuels déjà existantes.

Note de la commission : Cette décision générale reste et continuera à être toujours en vigueur *pour la ville et ses faubourgs* ; mais une tolérance vraiment utile pour tous a été admise depuis pour les hameaux et agglomérations éloignées dans une commune aussi vaste que la nôtre et aussi pauvre. Malades et médecins y trouvent leurs avantages.

Le Président,
Dr TARDIEU.

EXTRAIT DE LA RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 1889.

A l'unanimité des membres présents les décisions suivantes sont prises au sujet du tarif des honoraires des compagnies d'assurances contre les accidents.

1° Les honoraires du médecin de la Cie sont fixés à 6 francs pour la *simple constatation* du sinistre et le *certificat attestant la possibilité de reprendre le travail.*

2° Les compagnies sont responsables des honoraires du médecin de la compagnie pour toutes les visites et tous les soins spéciaux *qu'aura nécessités le sinistre* en dehors des deux certificats susénoncés ; ces honoraires sont soumis au tarif adopté par le syndicat.

3° Les médecins des compagnies actuelles sont priés d'en donner connaissance à leurs compagnies.

4° Les soins de première nécessité donnés par un médecin étranger à la Compagnie sont imputables à la dite compagnie en dehors du certificat délivré par le médecin désigné.

Le Président,
Dr Tardieu.

Extrait de la Réunion du 20 décembre.

Honoraires des médecins experts.

Décision prise à l'unanimité :

Le Syndicat des médecins de l'arrondissement d'Arles se félicite que la conduite de leurs confrères de Rhodez et de Marcillac ait déterminé les pouvoirs publics à s'occuper de la revision des tarifs de 1811 concernant les actes médico-légaux.

Ces tarifs, reconnus insuffisants par tout le monde, sont aussi peu conformes aux exigences actuelles qu'humiliantes pour le corps médical.

Le Syndicat se réserve de faire connaître après étude préalable le minimum de ses desiderata pour chaque acte médico-légal.

Le Syndicat prend acte de la reconnaissance officielle des Syndicats médicaux par la circulaire ministérielle qui s'adresse à eux.

Le Président,
Tardieu.

Extrait de la Réunion du 20 juillet 1890.

Après discussion, le syndicat prend à l'unanimité la décision suivante:

Le président du Syndicat se rendra chez tous les pharmaciens pour les inviter :

1° A s'abstenir de toute critique relative aux ordonnances des médecins et de tout favoritisme en faveur de n'importe quel médecin.

De leur côté, les médecins s'engagent à laisser entière liberté à leurs malades relativement aux remèdes qu'ils doivent aller prendre dans les pharmacies.

Le Président,
Dr Tardieu.

Extrait de la réunion du 30 aout 1890.

Sur la question soulevée par un de ses membres et après une discussion assez variée au sujet du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine, le syndicat se demande s'il ne serait pas nécessaire que l'exercice de l'art dentaire soit exclusivement pratiqué par des docteurs ou médecins — et décide de demander à ce sujet l'avis du bureau de l'Union des Syndicats afin d'avoir son opinion à ce sujet.

Le Président,
Dr Tardieu.

Le secrétaire, Dr C. Martin Raget.

N. B. Nous attendons une réponse *au sujet de ce dernier vœu ??*

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance trimestrielle du 26 juillet 1890

Présidence de M. le docteur Porson.

Sont présents : MM. Porson, Patoureau, Destez, Luneau, Devin, Lacambre, Joüon, Grimaud, Crimail, Dehillotte, Guillou, Landois, Josso, Gaboriaud, Chachereau, Attimon, Dorain, Plantard, Paillard, Tremoureux, Guénel, Bécigneul, Gafé, Chauvet, Toché.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Luneau, secrétaire général, rend compte d'un travail sur le projet de loi concernant l'exercice de la médecine, travail fait par le Syndicat des médecins du Havre et communiqué à notre Société. Les conclusions sont à peu près les mêmes que celles qu'avait formulées M. Luneau, il y a deux ans, au sujet du même projet de loi. — L'auteur conclut à la suppression des officiers de santé. M. Attimont demande que la loi n'ait pas d'effet rétroactif. — M. Paillard est d'avis qu'il faut unifier les titres, mais donner aux officiers de santé reçus des facilités pour arriver au doctorat.

Les médecins étrangers ne seront admis à exercer en France que pour soigner leurs compatriotes : ou bien ils devront passer certains examens devant des Facultés françaises.

Les internes nommés au concours et les étudiants en médecine ayant leurs 16 inscriptions seront admis à exercer en cas d'épidémie ou pour remplacer un médecin, mais seulement avec une autorisation préfectorale, et pour trois mois. — L'autorisation ne sera pas renouvelable dans la même année.

Les médecins et sages-femmes qui prêteraient leur concours à des empiriques pourront être poursuivis pour exercice illégal de la médecine. A propos de la peine à leur infliger, une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Porson, Devin, Chachereau, Attimont et Luneau. Peut-on suspendre temporairement le médecin ou la sage-femme coupable ? — Oui, répond par 19 voix sur 24 l'assemblée consultée.

Les autres conclusions sont adoptées sans observation.

Le Directeur de l'Enregistrement a donné sa réponse au point de vue des certificats soumis au timbre. — Voici la liste qu'il nous a communiquée :

Certificats soumis au timbre :

1° Certificats aux nourrices pour obtenir un nourrisson (ne paraît exempt que s'il est délivré aux nourrices destinées aux enfants assistés). Rép. général 3578.

2° Certificats pour aliénés (à moins qu'il ne soit purement administratif et destiné à ne servir que dans l'intérieur de l'asile).

3° Certificats de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie.

4° Certificats de maladie ou d'infirmités pour la revision.

5° Certificats de maladie dans les cas d'impossibilité à se présenter au tirage au sort ou au conseil de revision.

6° Certificats pour prolongation de congé de convalescence (civil ou militaire).

7° Certificats pour militaires ou ecclésiastiques pour obtenir une saison d'eaux thermales.

8° Certificats pour obtenir une retraite.
9° Certificats pour admission dans écoles ou administrations.
10° Certificats pour indemnités des administrations ou sociétés pour traitement médical (sauf le cas de certificat d'indigence).
11° Certificats de maladies pour dispenses d'arbitrages, de juré, de témoignage.
12° Certificats pour veuves d'employés à l'effet.

CERTIFICATS EXEMPTS DU TIMBRE :

1° Certificats de vaccine.
2° Certificats de vaccine ou décès.
3° *Certificats délivrés par les médecins délégués et assermentés* (art. 200).
4° *Certificats pour gens de guerre pendant la durée de leur service.*
5° Certificats ou rapports médicaux pour coups, blessures ou meurtre *sur réquisitions* du maire, juge de paix, juge, procureur, commissaire, etc. (*Décision ministérielle du* 10 *mai* 1874).
6° Certificats pour constater un décès de personne trouvée sur la voie publique, meurtre, accident, suicide, *sur réquisition* de l'autorité.
7° Certificats pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse.
8° Certificats d'infirmités pour secours du département en cas d'indigence.
9° *Certificats constatant la maladie de membres de Sociétés de secours mutuels.* (Décision du 29 janvier 1874 — Rép. fr. 4988.)
10° *Certificats pour justifier l'absence des enfants malades à l'école.* (Décision ministérielle du 23 janvier 1883 — 22165 I. E.)
11° *Certificats délivrés aux nourrices conformément à la loi du 23 décembre* 1874 (*protection des enfants du* 1er *âge*) *et au règlement d'administration publique du* 27 *février* 1877 *pour constater les aptitudes physiques des nourrices.* (*Décision ministérielle du* 9 *mai* 1885. — *Rép. perrio.* n° *6969*.)
12° *Certificats constatant la vaccination des enfants des écoles primaires.* (Décision ministérielle du 23 avril 1889 — Rép. 7240.)

Le sieur Soudée, le sorcier de Vertou, a été condamné à deux amendes de quinze francs pour deux cas d'exercice illégal de la médecine. — Son grand remède était l'onguent gris, qui, d'après lui, serait un topique infaillible pour certaines tumeurs et qu'une de ses victimes, la femme C... a cru entendre nommer le « tropique du Cancer. » M. Attimon fait observer que dans le cas où un pharmacien fournit des remèdes à un empirique, il paraîtrait juste de le poursuivre comme complice.

M. le Dr Cézilly, dans le *Concours médical*, a demandé des renseignements, sous forme d'un questionnaire, sur les constatations des décès. Avant de répondre, le Syndicat entendra à la prochaine séance le rapport d'une Commission composée de MM. Lerat, Grimaud et Guillou.

Nous ajoutons à ce compte rendu l'extrait suivant de celui de l'Association de la Loire-Inférieure, qui compte dans son sein presque tous les médecins du Syndicat.

Le SECRÉTAIRE donne lecture des vœux proposés par MM. Porson et Plantard, délégués de notre Société à l'assemblée générale de l'Association en 1890, comme conclusion de leur rapport sur cette réunion, lu à la réunion du mois de janvier.

1er *Vœu*. — Les travaux des Sociétés locales ainsi que les vœux qu'elles émettront devront, à l'avenir, être remis au bureau de l'Association générale, afin de donner le temps aux rapporteurs de les étudier, de préparer leurs rapports et de communiquer ces rapports en temps opportun aux délégués.

2e *Vœu*. — Ces rapports, ainsi que les vœux exprimés par les Sociétés locales, seront envoyés aux présidents des Sociétés locales, quinze jours au moins avant la réunion générale, afin que les Sociétés puissent délibérer et charger les délégués de leurs décisions.

3e *Vœu*. — Les vœux des Sociétés locales seront discutés dans la dernière séance, mais avant la lecture du dernier rapport, dans le but de donner tout le temps nécessaire pour les discuter.

4e *Vœu*. — L'Association générale des médecins de France, continuant à poursuivre son but de prévoyance et de secours mutuels, prêtera son concours le plus large à la création ou au développement des œuvres suivantes :

1° La Caisse de secours en cas de maladie (*à créer*).
2° La Caisse des pensions de retraite du corps médical français (*déjà créée*).
3° La Caisse dite des victimes du devoir professionnel (déjà créée).

Toutes ces Caisses seront distinctes, mais l'Association les prendra sous son patronage et pourra au besoin leur venir en aide avec les fonds qui constituent son avoir personnel et qui continueront à être employés à secourir les infortunes du corps médical.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous lisons dans l'*Union médicale* le récit suivant : La fièvre typhoïde qui vient de régner à *Trouville* a frappé 3 indigènes et 147 étrangers. Un médecin a écrit à *l'Union* que la municipalité donne de l'eau de puits ou de rivière aux étrangers et garde pour les gens du pays l'eau de source et il ajoute :

« Et comme j'en causais avec un médecin de la ville, lui exprimant mon étonnement d'un tel état de choses, lui demandant pourquoi les médecins ne signalaient pas ces faits, au risque même de changer la municipalité, savez-vous ce qu'il m'a répondu ? je n'en crois pas encore mes oreilles : « Mais, si on changeait cela, il n'y aurait plus de malades pendant la saison. Ce serait nous retirer le pain de la bouche ! » Et vous savez, c'est textuel, je n'exagère pas. »

Ce récit, sûrement, va exciter une légitime émotion parmi les médecins de *Trouville*. Nous préférons n'y voir qu'une plaisanterie d'un pince-sans-rire et nous sommes certain que l'incident obligera les trouvillais à faire cesser un état de choses qui a tué Mme *Jeanne Samary*. MM. Brouardel et Thoinot sont chargés de l'enquête.

— Puisque nous en sommes aux épidémies, il paraît que celle de Nancy, qui a atteint un grand nombre de soldats, serait due à la distribution de viandes corrompues. Les punitions infligées aux fournisseurs dans ces circonstances, n'ont pas empêché leur reproduction. Il serait temps de prendre des mesures, draconiennes s'il le faut, pour empêcher qu'on empoisonne les militaires. C'est bien assez que, comme à *Saintes*, la fièvre typhoïde soit due dans certains cas à une force ma-

jeure, l'eau potable souillée par le débordement de la Charente.

— Les sages-femmes pourront dès maintenant prescrire le *sublimé* à volonté. Attendons les sages-femmes à l'œuvre et prions nos lecteurs de nous en faire connaître les résultats.

Voici le décret du 9 juillet 1890 :

« Le président de la République française,

« Décrète :

« Article premier. — Les pharmaciens sont autorisés à délivrer, pour l'usage de la médecine, du sublimé corrosif sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'un diplôme.

« Cette vente aura lieu exclusivement suivant les formules ci-après :

FORMULE A. — Sublimé corrosif. — 25 centigr.
Acide tartrique. — 1 gramme.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 0/0. 1 goutte.

FORMULE B. — Vaseline au sublimé à 1 0/0. — 30 grammes.

« Chaque paquet contenant la poudre *formule* A, chaque flacon ou pot renfermant la *formule* B, portera l'étiquette rouge-orange réservée aux médicaments toxiques pour l'usage externe, avec la mention suivante écrite ou imprimée :

FORMULE A.
SUBLIMÉ CORROSIF
25 centigrammes
pour un litre d'eau.
POISON

FORMULE B.
VASELINE
AU SUBLIMÉ CORROSIF
à 1 0/0.
POISON

Le choléra. — Infractions aux mesures sanitaires. — Le tribunal correctionnel de Paris a eu à juger trois infractions au règlement sur la police sanitaire, commises par des personnes venues d'Espagne et pour chacune d'elles il s'est montré sévère. La première personne, L...., explique que, de retour à Paris, il s'est présenté à la mairie, mais qu'il n'y avait pas d'employés dans le bureau où on l'a envoyé. Le tribunal l'a condamné à cinq jours de prison et 25 francs d'amende. M. V..., ingénieur, explique qu'à son arrivée à Paris il a eu à faire plusieurs visites très pressées et que la formalité à remplir lui est sortie de la mémoire. Il ajoute que, d'ailleurs, il venait d'une partie de l'Espagne éloignée du foyer de l'épidémie, qu'il était en parfaite santé ; enfin qu'il s'est rappelé la formalité exigée et l'a remplie, mais tardivement. Quant à H... qui accompagnait M. V..., il a cru, dit-il, que celui-ci avait rempli les formalités pour eux deux. Ils ont été condamnés chacun à trois jours de prison et 25 francs d'amende.

L'Académie de médecine de Turin ouvre pour le prix Ribieri, dont la valeur est de 18,000 francs, un concours international sur la question suivante : « Recherches sur la nature et prophylaxie des maladies infectieuses de l'homme. » Les mémoires peuvent être en français, en italien ou en latin.

Les sages-femmes septiques en Prusse. — Le tribunal correctionnel de Bochum vient, paraît-il, de condamner à trois ans et demi de prison une sage-femme qui, malgré la défense faite par le médecin et signifiée par l'administration d'exercer sa profession pendant un certain temps, à la suite d'une série d'accidents puerpéraux imputables à sa négligence, a continué de pratiquer des accouchements dans les mêmes conditions et a, ainsi, provoqué la mort d'une personne et mis en grand danger la vie d'une autre.

(*Progrès médical.*)

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

I. *Délais judiciaires usuels*, aide-mémoire alphabétique par L. de Leymarie, ancien magistrat, avocat à la cour de Paris, in-4° de 85 pages. Prix : 2 fr. ; 1 fr. 60 pour MM. les membres du Concours médical. Il est inutile d'indiquer l'importance de la plupart de ces délais dont l'expiration peut avoir souvent de graves conséquences. Mieux que tout autre le médecin doit connaître ces utiles indications.

II. *L'amour morbide* a le succès prévu, en un mois le premier mille a été épuisé. Voici ce qu'en dit le *National* :

L'Amour Morbide, étude de psychologie pathologique, par le Dr Emile Laurent, un vol. in-12. Prix : 3 fr. 50.

L'auteur des *Habitués des prisons de Paris*, ce livre si documentaire que M. Henri Fouquier, dans une de ses chroniques du *Figaro*, comparait aux « écrits terribles des prophètes d'Israël », vient de faire paraître, à la Société d'Editions Scientifiques un second volume qui a pour titre l'*Amour morbide*.

On retrouve dans cet ouvrage le même observateur implacable qui scrute tout, analyse tout, dit tout. Le docteur Laurent porte le scalpel sur toutes les plaies, il les étale dans toute leur hideur : c'est la part du savant : puis il les examine, et porte le diagnostic et le pronostic, c'est la part du philosophe, philosophe indulgent et doux, compatissant aux misères morales et sociales. Ses livres appellent la miséricorde et non le châtiment.

Voici le titre des chapitres les plus curieux :

L'amour harmonique et l'amour morbide. L'amour platonique. Le paradis de Mahomet et le paradis de Jésus. L'amour morbide dans l'antiquité. Les sortilèges en amour. Origines étiologiques de l'amour morbide. Le syndrome amour. L'amour morbide chez les dégénérés supérieurs. Histoire d'un déséquilibré de l'amour. La cristallisation en amour. L'amour morbide dans la débilité mentale. Histoire de la petite prostituée Anna. L'amour morbide chez les imbéciles. Les érotomanes. L'amoureux de Mlle Van Zandt. Le culte de la vierge et l'érotomanie religieuse.

Le fétichisme en amour. L'amoureux de la main, des yeux, des cheveux. Amoureux du petit doigt d'une brodeuse. Les voleurs de nattes. La fille aux longues tresses. Les parfums en amour. Les agenouillées. L'amour azoophilique. Les reliques d'amour. Nonnes de trottoir. L'amoureux des tabliers blancs, des clous de souliers. Les voleurs de mouchoirs. Les amoureux des statues. Les nihilistes de la chair. Les épouses du Christ. Les amoureux des enfants. Génitaux épuisés à la recherche de filles vertes. La jalousie morbide. Du meurtre par amour. Histoire de Léa et de son souteneur. Du suicide par amour. L'amour morbide dans la littérature. Son traitement.

Ecrit dans un style élégant et facile, ce livre peut être lu par tous ceux qui s'intéressent aux questions de psychologie.

Nota. — Adresser 2 fr. 80 à notre éditeur pour recevoir l'*Amour morbide* franco.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, 3

Douzième année N° 43 25 Octobre 1890



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Indemnité en cas de maladie

—

Le 17, à 3 h. 1/2, chez M. le Dr *Brun*, 7, rue d'Aumale, le *Conseil général de l'Association* avait convoqué 20 médecins qui, à divers titres, étaient au courant de cette intéressante question et pouvaient contribuer à l'élucider. MM. Lande, Bucquoy, Surmay, Maurat, Cézilly, Gallet-Lagoguey, étaient seuls présents et, si d'autres n'avaient pas répondu à cet appel, la raison en est bien simple : l'invitation leur en avait été envoyée en mai et on avait omis par mégarde de leur rappeler cette convocation en octobre.

Néanmoins la séance a présenté un véritable intérêt et les renseignements fournis par les assistants ont paru faire pénétrer dans l'esprit de la commission du conseil général, présidée par M. Hérard, la conviction que la délivrance de l'indemnité de maladie était *souhaitable, possible* et d'un grand intérêt pour le recrutement de l'Association générale.

La conclusion a été celle-ci : *Les projets de l'Oise et de la Gironde peuvent se concilier, puisque leurs lignes essentielles sont semblables.* On va les condenser et les soumettre aux sociétés locales, pour qu'elles puissent les examiner utilement.

—

En conséquence, pour l'édification de nos lecteurs, nous avons jugé utile de reproduire les articles les plus importants publiés par nous sur ce sujet et d'y joindre le projet de la Gironde.

—

PROPOSITION DE L'ASSOCIATION DE L'OISE

De la création d'une Caisse Indemnité en cas de maladie.

L'Association locale des médecins de l'Oise a proposé à l'Association générale la création dans son sein et par son intermédiaire d'une caisse annexe d'indemnité en cas de maladie, analogue à la caisse annexe des pensions viagères d'assistance.

En agissant ainsi, elle avait plusieurs buts :

1° Répondre à un désir maintes fois exprimé de compléter l'œuvre de l'Association générale par la création d'une œuvre de solidarité, formellement prévue par ses statuts ;

2° Faciliter à l'Association générale un recrutement qui semble se ralentir et en même temps éviter des démissions nombreuses qui pourraient se produire dans le cas où cette œuvre viendrait à se constituer en dehors d'elle ;

3° Utiliser les cadres et l'influence considérable de l'Association générale pour fournir à l'œuvre proposée *le nombre*, élément essentiel de son bon fonctionnement.

Dans l'esprit des promoteurs de l'œuvre, la création de l'indemnité de maladie, en empruntant à l'Association générale les cadres dont le fonctionnement est gratuit, *ne doit en rien engager ses finances non plus que sa responsabilité effective.*

On a objecté qu'il n'était pas possible d'admettre que l'Association générale fût divisée en deux catégories de sociétaires : les uns se contentant de l'assistance en cas d'infortunes reconnues ; les autres, grâce à une cotisation supplémentaire, ayant *droit* à une indemnité fixe, quelle que fût leur situation de fortune. Il y a là une erreur absolue que nous tenons à relever dès le début. Il est absolument certain que les Sociétés de secours mutuels de France (et l'Association générale en est une) ont le droit de créer dans leur sein des catégories différentes de sociétaires qui, selon leurs cotisations variables,

peuvent s'assurer les soins médicaux, l'indemnité de chômage et la pension de retraite ou une seule de ces indemnités à leur choix.

On a objecté, en outre, qu'il n'était pas possible d'admettre, dans la même association, deux catégories de sociétaires pouvant recourir, l'une, à de simples œuvres d'assistance, l'autre à des œuvres de prévoyance, et que cette création pourrait être de nature à éloigner de l'Association les donateurs bienveillants qui jusqu'à ce jour ont constitué une grosse partie de son avoir.

Nous pensons que cette objection n'est pas plus fondée que les précédentes, car l'encouragement donné par l'Association à la prévoyance de ses membres ne peut que lui être favorable en diminuant notablement le nombre d'infortunes à soulager. Il restera toujours assez de misères pour absorber, et au delà, ses ressources et les dons qu'elle recueillera.

Viendrait-il jamais à la pensée d'un bienfaiteur d'exclure de ses bienfaits un médecin prévoyant qui se serait imposé des sacrifices en vue d'une maladie à prévoir et qui, malgré sa prévoyance, serait devenu infirme et tomberait dans un dénûment absolu ?

Celui qui n'aurait jamais rien prévu serait-il donc plus intéressant ?

Du reste, notre Association s'appelle : Association de *prévoyance* et de secours mutuels, ce qui répond complètement à l'objection.

Quelles doivent être les bases de l'œuvre de l'indemnité en cas de maladie ? Nous avons à choisir entre trois principes :

A. La bienfaisance ;

B. Le droit strict, c'est-à-dire l'indemnité proproportionnelle aux cotisations et à l'âge ;

C. Le droit mitigé par l'Assistance mutuelle.

A. *La bienfaisance.* — Dans ce cas la solution s'impose : elle ne peut consister que dans l'augmentation de la cotisation statutaire de douze francs imposée à tous les membres de l'Association générale et dans la distribution intégrale de toutes les sommes supplémentaires ainsi recueillies aux médecins malades qui en feraient la demande.

Dans une des séances de l'Association locale de l'Oise le président a proposé cette solution qui a été repoussée à l'unanimité.

(Voir l'annexe n° 1.)

B. *Le droit strict.* — Le droit strict comprend : l'examen médical, la cotisation variant avec l'âge pour une indemnité à déterminer. Cette indemnité pouvant varier du double à la moitié, selon la cotisation versée.

C. *Le droit mitigé par l'assistance mutuelle.* — Il consiste à modifier certaines clauses du droit strict qui pouvaient paraître excessives.

1° Quelques confrères ont proposé la *suppression de l'examen médical* qui serait remplacé par une simple déclaration de santé de la part du sociétaire et de la date de sa dernière maladie. A ces confrères, nous répondrons que toutes les sociétés de secours mutuels et les sociétés similaires (telles que l'*Assoc. méd. anglaise*) ont toujours exigé l'examen sans lequel aucun calcul des probabilités n'est possible.

2° D'autres confrères ont demandé que l'âge ne fût pas un élément pour la fixation de la cotisation à verser.

Nous répondrons que, d'après les tables de morbidité de Hubbard, les risques de maladie varient avec l'âge de 25 à 65 ans, dans une proportion de 1 à 2.80 et que, par conséquent, un sociétaire venant à l'œuvre à un âge avancé retirera de son admission des bénéfices hors de proportion avec ses mises.

Nous ferons remarquer, en outre, que cette unicité de prime serait un encouragement à ne venir à l'œuvre qu'à un âge où les risques de maladie deviendraient sérieux et éloignerait de la caisse d'indemnité tous les jeunes médecins dont l'intérêt se trouverait évidemment lésé, puisqu'ils payeraient pour leurs aînés.

Nous pensons donc que l'équité, aussi bien que la nécessité d'un recrutement régulier, doivent imposer l'adoption de primes variables avec l'âge. Les jeunes confrères auront intérêt à venir à nous le plus tôt possible pour payer moins cher. Les confrères plus âgés, payant proportionnellement aux risques qu'ils font courir à la Société, pourront être admis sans limite d'âge.

Nous allons faire suivre ces généralités, qu'il était nécessaire d'exposer, d'un projet de règlement.

Ce projet n'a tout naturellement qu'un but : celui de fixer la discussion sur des points précis. Nous ne nous dissimulons pas que de nombreux articles de détail et d'organisation peuvent avoir été négligés. En outre, nombre d'articles sont susceptibles de modifications importantes sans changer l'économie du projet. Nous aurons soin, autant que possible, de les signaler à mesure qu'ils viendront en discussion.

Mais ce que nous voulons faire ressortir dès à présent, c'est qu'avant tout, nous avons cherché à créer une organisation qui fût accessible au plus grand nombre et que, pour arriver à ce résultat, nous avons naturellement été obligés de réduire les risques proportionnellement à la cotisation. C'est ce qui nous a déterminé à ne proposer le payement de l'indemnité que pour les maladies d'au moins 10 jours de date et pendant 120 jours seulement.

Nous tenons également à faire remarquer que si un certain nombre de Sociétés locales se sont prononcées pour le rejet du projet en question, leur refus ne saurait tirer à sérieuses conséquences, puisqu'aucun projet ne leur était soumis et qu'il leur était demandé de se prononcer sur l'inconnu. *Leur réponse n'aura donc de valeur que quand elle aura été obtenue avec connaissance de cause.*

Projet de règlement de la Caisse Indemnité en cas de maladie.

Art. 1er. — Sous le nom de *Caisse d'indemnité en cas de maladie*, l'Association générale des médecins de France crée une caisse annexe prévue par ses statuts généraux (art. 6, paragraphes 1 et 6).

Art. 2. — Les membres de l'Association générale pourront seuls s'y affilier et y recourir aux conditions énoncées plus loin.

Art. 3. — Cette caisse a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire à ses adhérents placés par la maladie ou un accident dans l'impossibilité *absolue* (1) d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente.

Art. 4. — Les sociétaires prennent l'engagement de se conformer aux statuts, de se soumettre aux décisions du Conseil général de l'Association votées en Assemblée générale et d'en assurer, au besoin, l'exécution.

Le nombre des sociétaires est illimité.

Art. 5. — Ils doivent déclarer qu'ils ne sont atteints d'aucune maladie ou infirmité : ils subissent d'ailleurs un examen médical.

Art. 6. — L'admission est prononcée en Assemblée générale, à la simple majorité des voix.

Art. 7. — Tout associé est libre de se retirer sur simple déclaration écrite, adressée par lettre recommandée au Président de la Société locale à laquelle il appartient.

Cette démission, n'ayant trait qu'à la Caisse d'indemnité en cas de maladie, ne l'empêche pas de continuer à faire partie de l'Association générale.

Art. 8. — Un retard de 15 jours dans le payement de la cotisation entraîne une amende de cinq francs.

Un retard de un mois entraîne la suspension des droits à l'indemnité jusqu'à ce que le paiement soit effectué ; le sociétaire doit, en outre, fournir un nouveau certificat médical de bonne santé.

Un retard de six mois entraîne l'exclusion et le sociétaire ne peut rentrer que comme membre nouveau.

Art. 9. — Tout retard de plus de quinze jours dans le payement de la cotisation entraîne *absolument* la suspension du droit à l'indemnité en cas de maladie.

Art. 10. — Pourra, en outre, être privé de tous ses droits tout associé qui aura causé volontairement un préjudice grave aux intérêts de l'Association (tentatives de fraude).

Dans ce cas, la décision du Conseil n'est que suspensive et doit être ratifiée par l'Assemblée générale.

Art. 11. — La caisse n'alloue aucune indemnité pour les suites d'un duel, d'une tentative de suicide, non plus que pour les maladies causées, d'une façon notoire, par l'intempérance habituelle.

Art. 12. — Tout associé qui quitte la France perd ses droits à l'indemnité pendant son absence (La Corse et l'Algérie font partie de la France).

Art. 13. — L'exclusion de l'Association générale entraîne, de droit, l'exclusion de la Caisse, sans indemnité.

La radiation, aussi bien que l'exclusion, ne donnent droit à aucun remboursement.

(1) Les consultations dans le cabinet étant admises.

Art. 14. — Lorsqu'un associé malade reprend ses occupations, il est tenu d'en prévenir immédiatement le président de l'Association locale à laquelle il appartient : faute par lui de se conformer à cette prescription, il est passible d'une amende de 20 fr.

Art. 15. — Pour participer aux avantages de la Caisse d'indemnité en cas de maladie, le sociétaire doit, outre la cotisation habituelle de 12 fr. par an, payer chaque année, par semestre (et d'avance), entre les mains du trésorier de la Société locale à laquelle il appartient, une somme à fixer d'après son âge d'après un barème facile à établir en tenant compte, d'une part, de la moyenne de maladie et, d'autre part, de la moyenne de service à l'âge du candidat. D'après ce tableau, un sociétaire entrant à 25 ans, doit payer 40 fr. La prime type de 48 fr. est atteinte à 37 ans et doublée à 60 ans.

Art. 16. — Il peut doubler sa cotisation ou la diminuer de moitié pour s'assurer double ou 1/2 indemnité.

Art. 17. — A toute époque de sa participation il peut modifier sa prime, mais en cas d'augmentation de prime il est soumis à un nouvel examen médical et est toujours soumis au stage de six mois.

Il a le droit d'anticiper le payement de ses cotisations.

Art. 18. — Dans l'avenir et après constitution de réserves importantes, l'Assemblée générale pourra, si elle le juge convenable, fixer un droit d'entrée pour les membres nouveaux.

Art. 19. — Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'après l'expiration du premier semestre de cotisation statutaire, et après le versement du second.

Art. 20. — Les sommes versées à un titre quelconque restent définitivement acquises à la caisse.

Art. 21. — La caisse d'indemnité n'est engagée vis-à-vis de ses adhérents que dans les limites de son avoir.

Art. 22. — Elle alloue à ses membres une indemnité de dix francs par jour, à partir du premier jour, et pendant 120 jours (1) pour toute maladie dûment constatée d'une durée de dix jours (2) au moins et entraînant l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale (3).

Art. 23. — Tout sociétaire atteint de maladie chronique sera considéré, chaque année, comme nouveau malade et avec droit à 120 jours d'indemnité pleine, défalcation faite de sa prime annuelle qu'il continue à payer.

Art. 24. — Dans aucun cas, un sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité de maladie pour déplacements aux Eaux ou stations balnéaires, même utiles au traitement.

Art. 25. — *D'une façon transitoire*, et tant que la réserve de la Caisse n'aura pas atteint le chiffre de deux années de prime par tête de sociétaire, l'indemnité de maladie sera réglée de la façon suivante :

(1) Si on le préfère, on peut également allouer l'indemnité pleine pendant 60 jours seulement et 1/2 indemnité pour les 120 jours suivants.

(2) Toutefois nos calculs permettent d'allouer cette indemnité pour une maladie de sept jours seulement de durée.

(3) Les consultations au cabinet du médecin ne sont pas considérées comme reprise du travail.

Le sociétaire touchera la moitié de l'indemnité due, immédiatement après constatation de guérison.

La seconde moitié de l'indemnité ne sera réglée qu'en fin d'exercice et, en cas d'insuffisance d'actif, les sociétaires malades ne la toucheront qu'au prorata de leur créance.

ART. 26. — Une déclaration doit être adressée, par lettre, au président de l'Association locale, dès le début de la maladie, afin que la constatation puisse en être faite en temps opportun.

ART. 27. — Le fonds social se compose :

1° Des cotisations des associés.

2° Des amendes.

3° Des fonds placés et des intérêts échus.

4° Des dons et legs spécialement affectés à cette œuvre, dont l'acceptation a été approuvé par l'autorité compétente, à l'exception cependant du $\frac{1}{10}$ qui doit être versé statutairement à la Caisse générale de l'Association des médecins de France.

5° Des recettes diverses.

6° Des subventions accordées par l'Etat, le département, ou la commune.

ART. 28. — Le conseil général de l'Association des médecins de France désigne, chaque année, une commission composée de trois membres choisis dans son sein, chargée de présider une assemblée générale des sociétaires participants à la caisse.

Cette commission est chargée de recueillir, à titre consultatif, les vœux, observations et réclamations des dits sociétaires. Elle statue, en outre, sur l'admission des membres nouveaux.

ART. 29. — Cette assemblée générale peut choisir, dans son sein, trois membres chargés de présenter et soutenir ses réclamations devant le Conseil général.

Fonctionnement.

ART. 30. — Tout membre de l'Association générale des médecins de France désirant participer à la caisse d'indemnité en cas de maladie doit en adresser la demande au président de la Société locale à laquelle il appartient.

Il doit accompagner cette demande d'une déclaration qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité et indiquer, s'il y a lieu, la date de sa dernière maladie. Il justifie de son âge par la présentation d'un bulletin de naissance.

ART. 31. — Le président de l'Association locale délègue un des membres de l'association pour pratiquer l'examen médical du postulant. Il choisit de préférence, pour ce service, un adhérent à la caisse.

ART. 32. — Une commission composée de trois membres adhérents et du président fait à l'Association générale un rapport sur l'admission ou le refus du candidat.

A défaut de membres adhérents, et transitoirement, la commission locale est chargée de ce rapport :

Cette décision ne devient définitive qu'après ratification par le Conseil général de la caisse.

ART. 33. — Les cotisations sont payées par semestre et d'avance, entre les mains du trésorier de la Société locale qui en délivre reçu.

ART. 34. — Le trésorier gère ces cotisations comme les autres fonds de l'association, mais en tenant une comptabilité spéciale.

Les six premiers mois de cotisation qui doivent constituer partie de la réserve sont immédiatement adressés au trésorier général de l'association.

ART. 35. — A chaque fin d'exercice, il adresse le reliquat des fonds disponibles au trésorier général de l'Association qui centralise les fonds de la caisse.

ART. 36. — Tout sociétaire malade doit, ainsi qu'il est dit à l'article 21, en donner immédiatement avis au président de la Société locale à laquelle il appartient, afin que ce dernier puisse prescrire en temps utile les constatations nécessaires.

ART. 37. — Pendant toute la durée de la maladie, l'incapacité de travail du sociétaire peut être soumise au contrôle du président ou de son délégué.

ART. 38. — Tout refus d'un sociétaire de se soumettre au contrôle prescrit entraîne, de droit, la cessation de l'indemnité.

ART. 39. — Immédiatement après sa guérison, et sous les peines prescrites par l'article 14 le sociétaire doit en informer le président de la Société locale et lui adresser, s'il y a lieu, un certificat du médecin traitant fixant les dates de maladie et de guérison.

ART. 40. — Le président de la Société locale lui délivre alors pour le trésorier un certificat de *droit à l'indemnité*.

Ce certificat doit indiquer très exactement la date et la durée de la maladie.

ART. 41. — Sur présentation du certificat signé par le président, le trésorier paye avec les fonds de la caisse actuellement entre ses mains l'indemnité due au sociétaire, sauf les réserves transitoires de l'article 20.

ART. 42. — En cas d'insuffisance des ressources, le trésorier s'adresse à la caisse centrale.

ART. 43. — Dans le cas où un sociétaire atteint de maladie chronique obtiendrait de l'association générale une pension de retraite, le chiffre de cette pension viendrait en défalcation de celui de l'indemnité accordée par la caisse.

Le projet que nous venons de proposer n'a certainement pas prévu tous les articles qu'il sera nécessaire d'y introduire. Mais nous pensons qu'il est suffisant, dans ses grandes lignes, pour prouver que son adoption est possible, sauf modifications.

En terminant, nous voulons aller au-devant d'une objection qui nous a déjà été faite.

On nous a dit : mais, puisque vous ne demandez aucun secours pécuniaire à l'Association générale, puisque vous croyez vos calculs justes et pensez pouvoir remplir les engagements de votre projet avec vos propres ressources, pourquoi demandez-vous son patronage ?

A cela nous répondrons que nous avons absolument besoin de l'Association pour plusieurs raisons dont les principales sont : 1° Nos calculs, comme tous ceux s'appuyant sur des moyennes, n'ont de valeur que s'ils s'appliquent au *nombre* et nous pensons ne pouvoir être le nombre qu'avec l'Association.

2° Dans nos calculs nous n'avons tenu aucun compte de frais possibles de gestion, d'examen médical, de contrôle de maladie. Toutes choses

qui deviendraient fort onéreuses et souvent inapplicables et que nous trouvons sans bourse délier avec l'Association générale.

3° Enfin, nous prétendons apporter à l'Association générale que nous aimons, que nous respectons et dont nous reconnaissons toute l'utilité, une force nouvelle dont elle nous semble avoir besoin.

ANNEXE N° 1.

Indemnité de maladie, œuvre de droit ou œuvre d'assistance.

L'Association des médecins de l'Oise s'est réunie en février sous la présidence de M. le Dr Cézilly.

Nous reproduisons le discours du président :

Chers confrères,

Je vous ai démontré, en 1889, que l'Association générale pouvait, avec sécurité, délivrer une *indemnité de maladie* de 5 ou de 10 francs, à tous ceux de ses membres qui consentiraient à verser une cotisation annuelle de 24 ou de 48 francs.

Ceci bien établi, je ne vous ai pas dissimulé les difficultés que suscitera le projet ; je désirerais, aujourd'hui compléter mon exposé par quelques considérations générales.

Au bout de 30 années d'existence, avec les 12 fr. statutaires, l'Association générale fournit des pensions de 600 fr. à toutes les demandes des sociétés locales, aux médecins pauvres que l'âge et l'infirmité ont précipités dans la détresse.

Elle a de ce chef immobilisé près d'un milion ; mais ces pensions, il faut le reconnaître, ont l'avantage d'être perpétuelles, en ce sens que, d'un titulaire décédé, elles passent à un autre titulaire et l'Association, maintenant qu'elle en a en nombre suffisant, aspire à les porter à 1200 fr.

Cette opération est discutable. Mais laissons de côté ce sujet ; on pourra voir plus tard.

Disons, d'autre part, que les sociétés locales, qui, elles, ont accumulé, dans leurs caisses particulières, toujours avec la modique cotisation de 12 fr., plus d'un autre million, distribuent chaque année, directement à leurs membres, des secours à divers titres, secours qui, par extension louable, vont aussi aux veuves, aux orphelins, aux ascendants et parfois aux médecins non affiliés, ces secours, dis-je, ont varié selon les années : de 40 à 50,000 francs et plus.

Personne parmi nous en méconnaît ces bienfaits. Mais notre Société de Secours Mutuels remplit précisément deux buts accessoires des associations qui lui ont servi de modèle. Elle ne dispense pas, à ses membres, l'indemnité en cas de maladie, même à ses affiliés pauvres, d'une façon directe. Ce n'est que par ses secours qu'elle les soulage, lorsqu'ils sont malades et n'ont pas les ressources nécessaires pour faire face au chômage qu'occasionne l'accident ou la maladie.

Pourquoi dès l'origine notre association n'a-t-elle eu en vue que le secours, l'assistance confraternelle, secours et assistance limités à ses participants les plus déshérités. Pourquoi n'a-t-elle conçu qu'une ambition : capitaliser pour procurer aux plus malheureux de ses membres indigents une pension de retraite pour leurs vieux jours ou pour leur délivrer des secours ?

La raison en est bien simple, et j'espère pouvoir la faire toucher du doigt.

Ses fondateurs, les Amédée Latour, Rayer, etc....., s'ils se résignèrent à adopter la forme de société pratiquée par les plus modestes ouvriers, n'ont pas eu le courage d'imiter ceux-ci en réclamant une cotisation annuelle suffisante pour répondre à toutes les nécessités d'une Société de secours. Lorsque certains ouvriers versent jusqu'à 4 fr. de cotisation mensuelle, ils n'ont voulu en exiger que le quart, 1 fr. par mois.

En revanche, dans leur esprit, dès le moment où ils fixaient une si modique cotisation, la pensée dominante était la suivante :

Notre société sera une société de bienfaisance médicale. Le médecin aisé viendra au secours du médecin appauvri. — Le médecin riche dispensera à l'œuvre et son temps et ses dons.

A des aspirations limitées ainsi à la bienfaisance, à la confraternité en action, j'estime que notre Association générale a donné satisfaction, grâce au puissant concours de généreux donateurs, qui, parfois, ont gratifié notre société de dons de plus de cent mille francs.

En conséquence, ce défaut de confiance des fondateurs dans leur œuvre et, par suite, cette limitation de son action à la *bienfaisance* étant établis, il est également incontestable qu'en vue de son développement futur il devait se produire une conséquence : *l'Association ne présentant aux jeunes médecins que l'espoir d'être secourus dans certaines occurrences extrêmes, son recrutement devait être forcément limité.*

Il est certain, d'autre part, que, si on avait pu dire à ces jeunes médecins : venez à l'Association, à notre Société de secours mutuels, et lorsque vous deviendrez malade, vous aurez, comme dans les autres sociétés de *secours-mutuels*, la faculté de *demander* l'assistance confraternelle ; il ne sera pas nécessaire, pour faire cette demande, d'être réduit à l'extrême misère ; la gêne suffira pour vous donner le droit de recourir à notre association ; ces occurrences si fréquentes eussent été sans doute un motif bien légitime d'affiliation, puisqu'une maladie un peu prolongée peut amener la déchéance du médecin, par les embarras de toute sorte qu'elle lui suscite.

Nous sommes donc tous d'accord sur ce point : oui, l'*adjonction de la délivrance de l'indemnité au participant qui la réclame est une œuvre bonne et nécessaire.*

Voyons donc comment l'Association pourrait aujourd'hui étendre son action et dispenser l'indemnité en cas de maladie.

Si elle persiste à ne vouloir qu'une œuvre de bienfaisance, d'assistance confraternelle, il faut qu'elle *limite la dispensation de l'indemnité de maladie à ceux qui la demanderont*, de même qu'elle ne délivre ses secours, ses pensions qu'à ceux qui les demandent.

Dès ce moment la dépense se trouve réduite au tiers ou au quart de celle d'une œuvre d'indemnité de maladie semblable à celle que je vous ai proposée dans notre réunion de septembre, organisation qui dispense sûrement l'indemnité à tous ceux qui versent dans le but d'y participer ; si l'Association voulait dispenser l'indemnité de maladie, elle aurait besoin de fonds spéciaux et devrait faire appel à celui qui est actuellement aisé en faveur de celui qui est pauvre, observant d'ailleurs que bien souvent le médecin aisé de la veille devient le besoigneux du lendemain et que l'Association a pour objet spécial d'atténuer ces vicissitudes médicales.

Il est de toute évidence que la cotisation de 12 fr. ne peut dès lors suffire aux anciennes œuvres et à l'œuvre nouvelle.

Nous le prouvons d'une façon bien simple : en 30 années l'Association générale a économisé un peu plus de deux millions, dont un quart provient *de dons*, soit 1,500,000 fr. ; ce qui constitue, pour 8,000 membres, une économie par membre de 185 fr. environ, soit encore 15 des 30 cotisations annuelles de 12 fr. qui sont immobilisées, pour partie, à la constitution du capital des cent rentes viagères de 600 fr. et dont l'autre portion est la fortune des sociétés locales, qui en ont besoin pour la délivrance des *secours annuels*.

Donc, avec 12 fr. la délivrance de l'indemnité de maladie, même restreinte à ceux qui la demandent, est absolument impossible.

Nous pouvons pourtant conclure des constatations qui précèdent, qu'il ne serait pas imprudent pour l'Association, de *distraire de la cotisation statutaire de 12 fr. deux ou trois francs en faveur de l'indemnité de maladie.* L'accroissement de sa prospérité ne serait pas entravé.

Ces 3 fr. représenteraient pour les 8,000 membres 24,000 fr. disponibles. On reconnaîtra que cette somme est insignifiante par rapport aux cotisations de 48 fr. qu'exige notre œuvre d'indemnité de maladie, œuvre qui, dans la supposition, *absolument chimérique*, que les 8,000 membres de l'Association consentiraient à y participer, aurait une recette de trois cent vingt mille francs.

Mais admettons que l'Association puisse déterminer tous les adhérents à payer une cotisation de 2 fr. par mois, au lieu de 1 fr. A cette somme de 24,000 francs sus-énoncée, elle joindra dès lors une recette supplémentaire de 96,000 fr. ; ce qui lui constituerait une œuvre d'indemnité de maladie pourvue d'un budget de recettes de *cent vingt mille francs.*

Elle pourrait payer ainsi douze mille journées de maladie à 10 fr. ou vingt-quatre mille à 5 fr. Ce qui revient à dire que, des milliers de fois, chaque année, elle se rappellerait directement, par ses bienfaits, aux médecins qui ont un réel besoin de ses bienfaits directs.

Elle conserverait ainsi le caractère de bienfaisance confraternelle que lui avaient imposé ses fondateurs primitifs.

Si les directeurs actuels ont, comme nous ne pouvons en douter, l'autorité que leur donne leur caractère et trente années de bonnes œuvres, ils pourraient par un exposé précis, par un nouvel appel à la confraternité, à la solidarité médicales, arriver peut-être à faire partager leurs sentiments par nombre de sociétés locales et à faire voter, *en vue de cette révolution*, le doublement obligatoire de la cotisation.

S'ils adoptaient cette idée, plus ne serait besoin des grosses cotisations dont nous avons démontré l'absolue nécessité pour une œuvre de droit.

Je vous ai exposé *aujourd'hui* et en *septembre* 1889, les deux systèmes qu'on peut préconiser :

1° *L'œuvre de droit :* 48 fr. de cotisation annuelle donnant droit à une indemnité de 10 fr. par jour pendant 4 mois (on peut aisément donner 2 mois d'indemnité pleine et 4 mois de demi-indemnité), ou 24 fr. de cotisation donnant droit à une indemnité de 5 fr. par jour.

Ce système a l'immense *avantage du droit* ; il a le *désavantage de la cotisation obligatoire.*

2° *L'œuvre d'assistance confraternelle.* Elle n'exige que le *doublement de la cotisation statutaire* ; en revanche, elle donne 10.000 ou 24.000 journées d'indemnité, de 10 ou de 5 fr. que l'Association générale délivrera à ses membres, sur leur demande motivée, et d'après un réglement qu'elle élaborera.

Cette œuvre peut s'appliquer à tous et se résume à dire à celui qui le peut *d'assister celui qui a besoin, à charge de revanche.*

Je vous propose, chers confrères, de discuter ces deux questions et de formuler votre opinion par un vote motivé.

L'Assemblée, consultée, repousse à l'unanimité l'œuvre d'assistance et adopte l'œuvre de droit.

ANNEXE n° 2.

L'Indemnité en cas de maladie.

Discours de M. Cézilly à l'Association des médecins de l'Oise (1).

Monsieur le président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Je dois vous entretenir, de nouveau, de l'œuvre de l'*indemnité de maladie.* Vous l'avez faite vôtre en obtenant la prise en considération par l'*Association générale* de la proposition que j'ai eu l'honneur de vous soumettre à son sujet en 1886 et 1887.

Nous avons tenté de faire, en France, l'application stricte du système anglais ; mais, comme nous l'avions prévu, l'élévation du taux des primes à payer, en rapport avec l'âge du participant, nous a procuré un nombre d'adhésions absolument insuffisant. L'expérience est faite, *pour le moment* ; on ne devrait la tenter de nouveau que si on ne réussissait pas à établir l'indemnité de maladie sous une autre forme, bien simplifiée.

Il fallait donc se résigner à une organisation mixte, de droit, il est vrai, mais droit mitigé par le caractère spécial de l'Association qui est une œuvre d'assistance confraternelle, et ne pas tenir compte de l'âge du participant qui accroît, dans une grosse mesure, le risque maladie.

C'est cette organisation mixte, dont je vous ai déjà indiqué en 1886 et 1887 les éléments principaux, qu'il me faut développer aujourd'hui devant vous, puisque toutes les *Sociétés locales* en sont saisies par le *Conseil général.*

A quelles conditions l'œuvre de l'indemnité sera-t-elle accessible à la majorité des membres de l'Association ?

Il est évident que la cotisation doit être *aussi peu élevée que possible* et je me récrie quand j'entends dire qu'une cotisation de plus de cent francs est à la portée du grand nombre.

Mais, pour réduire la cotisation, il faut, en premier lieu, limiter au strict nécessaire les *réserves* de l'œuvre et en conséquence limiter les engagements.

La réserve devra atteindre la valeur de la prime de tous les membres pendant une année et, dès qu'elle dépassera cette proportion, l'excédent pourra être consacré à diminuer la prime annuelle générale ou, si on le préfère, à accroître la durée de la dispensation de l'indemnité *entière ou de moitié.*

Il y aura à veiller à n'admettre que des méde-

(1) Extrait du compte rendu de l'Assemblée du 20 septembre 1889.

cins valides et peut-être il faudra établir une prime un peu plus élevée pour les quinquagénaires.

L'œuvre de l'indemnité est *souhaitable* ; personne ne le conteste.

Est-elle possible ? Oui, sûrement, puisqu'elle existe et fonctionne entre médecins depuis cinq ans et demi.

En Angleterre, près de mille médecins participent à l'œuvre ; elle sert une indemnité entière pendant six mois et une demi-indemnité pour toute la durée de la maladie, si celle-ci devient chronique. De là, nécessité d'une prime élevée et de réserves qui absorbent jusqu'à *soixante-trois pour cent* des cotisations annuelles.

Il faut renoncer à ces énormes responsabilités, entraînant la nécessité de pareilles réserves.

Donc, si nous prouvons que nous n'avons pas besoin de ces réserves, nous pourrons diminuer, de plus de moitié, la cotisation ; la diminuer encore dans une grosse proportion, si nous démontrons qu'on peut se contenter d'allouer l'indemnité entière pendant une période comprenant la durée générale des accidents et affections aiguës qui peuvent frapper le médecin.

Quelle est la *moyenne* de la durée des affections pour les collectivités ?

Il a été démontré à satiété que dans les *sociétés de secours mutuels*, dans l'Association anglaise, dans la Société mutuelle de la Seine, le Syndicat d'Aisne-et-Vesle, etc., la moyenne des journées de maladie est de quatre journées et une fraction.

A ce sujet nous avons consulté les personnes les plus compétentes et leurs assertions sont absolument concordantes.

En conséquence, chaque participant doit verser une somme équivalente à 4 journées et une fraction de l'indemnité quotidienne que nous adopterons.

La moyenne des journées de maladie s'établit sûrement avec 7 ou 800 adhérents.

Nous devons donc rechercher quelles sont les conditions de l'accession à l'œuvre d'un pareil nombre de médecins.

Nous nous l'assurerons par la *modicité de la cotisation* et par la *certitude* que l'œuvre *tiendra son engagement de leur verser l'indemnité.*

Fixons donc la cotisation à 48 fr. qui représentent, à 10 fr. d'indemnité journalière, 4.80 journées de maladie.

Ces 48 fr., soit 4 fr. par mois, sont un *maximum* qui pourra être atténué encore par l'accession de *membres honoraires*, par les *dons* qui viendront à une œuvre de la plus haute portée ; par les *dons* surtout des *sociétés locales et de l'Association générale.*

La cotisation sera atténuée dès que les réserves dépasseront sensiblement une année de cotisation de tous les sociétaires.

Il faut, après avoir fixé la cotisation, s'assurer qu'on pourra, en toute éventualité, payer l'indemnité de maladie et prévoir le cas où la moyenne serait dépassée une année, en retenant que, puisque c'est une *moyenne*, la dépense imprévue sera compensée par la suite.

Il faut donc *constituer une réserve.* Elle est pourvue déjà d'une demi-annuité versée par tous les sociétaires, car ils s'engagent à ne pas bénéficier de l'œuvre pendant les 6 premiers mois de leur entrée. Les *sociétés locales* et *l'Association générale* peuvent *garantir* aisément l'autre demi-annuité. Les *intérêts* de cette première réserve l'accroîtraient sensiblement chaque année.

Par une *cotisation modique*, par la *constitution d'emblée de la réserve*, nous avons la certitude d'obtenir le *nombre des adhésions.*

Voyons donc comment nous devons employer les 48.000 francs de cotisation fournis par mille adhérents par exemple.

Il se présente alors la question de la *durée de la délivrance de l'indemnité journalière de* 10 *francs.*

Pourquoi 10 francs ? Parce que cette somme est appréciable pour le médecin aisé et considérable pour le médecin gêné. Elle peut suffire au *remplacement momentané et payé* ; elle peut dans ce cas permettre la continuation de la perception par le médecin malade du produit de sa clientèle et à fortiori s'il est remplacé par des confrères bénévoles.

Nous n'avons pas à nous étendre sur ce point ; *mais combien de temps durera la délivrance de l'indemnité ?*

Après avoir pris l'avis d'un très grand nombre de médecins et de sociétés médicales, je crois que la délivrance de l'indemnité *durant quatre mois* répond aux nécessités de la cessation d'exercice due à un accident ou à une maladie aiguë. Cette période pourra être prolongée, lorsque les réserves en donneront la faculté, si on ne préfère diminuer la cotisation.

Remarquez qu'en général, le médecin se hâtera de reprendre l'exercice de sa profession, plus profitable que la perception de l'indemnité. Notez bien que *ce maximum de* 1200 *francs* (10 fr. pendant 120 jours) *représente vingt-cinq années de versement de la cotisation de* 48 *fr.*

Vous admettrez qu'il fallait limiter le versement de l'indemnité, sous peine d'être obligé d'accumuler, comme en Angleterre où l'on paye 6 mois à indemnité pleine et le reste de la maladie à demi-indemnité, des réserves considérables, au prix d'une cotisation triple. Vous voudriez encore moins imiter l'Association mutuelle de la Seine, qui verse indemnité pleine jusqu'à la fin de la vie du sociétaire malade.

Quelle sera donc la situation des sociétaires malades plus de 6 mois ; des sociétaires devenus chroniques confirmés ?...

Ces sociétaires recevront, durant quatre mois, l'indemnité de 10 francs par jour ; soit 1200 fr. Si l'année suivante leur affection se prolonge, ils recevront encore une fois 1200 francs, et ainsi de suite. *Ce qui équivaut à une pension d'infirmité.* Ce résultat est considérable et répond à toutes les objections.

Pourquoi demander à l'Association générale la création de l'œuvre de l'indemnité de maladie ?

D'abord parce qu'elle compte la moitié des médecins français ; ensuite que, comme elle est une société de secours mutuels, l'indemnité de maladie est comprise très implicitement dans ses statuts ; qu'aucune société ne peut la mener à bien comme elle, dans des conditions de sécurité et d'économie ; qu'elle ne court aucun risque à l'inaugurer ; qu'elle n'a rien à changer à ses statuts pour l'adopter ; qu'aucun gouvernement ne songera jamais à empêcher une société de secours mutuels de faire œuvre de société de secours ; qu'enfin, vous l'avez bien vu, votre vœu a été pris en considération sans opposition. (Ce qui est sûrement une rare bonne fortune !)

Mais les raisonnements les plus justes, la cer-

titude de répondre à une vraie nécessité, la perspective des bienfaits à répandre, ne pourraient décider l'Association générale à donner, non pas son patronage banal (ce qui serait bien insuffisant pour le succès), mais bien son concours le plus actif, sa propagande énergique et autorisée auprès de toutes les sociétés locales si nous ne pouvions lui démontrer, *sans aucune chance d'erreur*, que *l'indemnité de maladie* ne lui imposera aucune charge considérable et qu'elle sera absolument capable de tenir tous les engagements qu'elle aura pris avec ses participants.

Ce n'est pas dans les Sociétés de secours mutuels composées d'ouvriers ; dans la société mutuelle de la Seine, bien jeune encore ; dans la Société d'Aisne-et-Vesle, trop peu nombreuse, que nous irons chercher nos preuves.

Nous allons, si vous le voulez bien, supposer que l'Association générale a inauguré l'œuvre de l'indemnité de maladie depuis cinq ans, le 1er janvier 18 5 ; qu'elle exige une cotisation de 48 fr. et qu'elle promet la délivrance maximum de quatre mois d'indemnité à 10 fr. par jour.

Aux frais du Concours médical, nous avons demandé à M. *Radley*, secrétaire de l'*Association anglaise d'assurance contre la maladie entre médecins*, un tableau rédigé spécialement pour répondre à l'organisation que nous proposons et énonçant, en chiffres absolument officiels, les résultats de cinq années d'exercice.

Le tableau obtenu, notre excellent confrère et ami le Dr Maurat a bien voulu nous établir les calculs suivants avec la compétence que nous lui reconnaissons tous. Voici le tableau Radley et ensuite l'exposé de notre confrère (1).

Années	Nombre de membres assurés. A	Nombre de journées de maladie B	Moyenne des journées de maladie par sociétaire. C	Nombre de maladies. D	Moyenne de durée des maladies (en jours). E	Nombre des malades dont la maladie a duré moins de dix jours (7 à 9). H	Nombre des malades dont la maladie a duré de 4 à 6 mois. K	Nombre des malades dont la maladie a duré plus de six mois M (2)
1885..	560	2692	4.80	78	34.52	19	1	3
1886..	653	3522	5.39	112	31.44	39	2	3
1887..	742	3615	4.87	117	30.89	33	5	2
1888..	844	3628	4.29	121	29.99	34	3	3
1889..	936	4975	5.31	147	33.84	43	3	5
Total..	3735	18432	4.93	575	32.05	168 soit plus du 1/4 des malades	14	16

(1) Ce tableau, primitivement établi pour 4 ans et demi, a été complété jusqu'au 31 décembre 1889 par une seconde communication de M. *Radley*.

(2) Chaque malade chronique recevant des secours perpétuels est compté chaque année comme malade de plus de six mois.

Résumé des opérations de l'assurance anglaise contre la maladie du 1er janvier 1885 au 31 décembre 1889.

Ce tableau montre clairement :

1° Que plus du quart des malades ont une incapacité de travail de moins de dix jours et seraient éliminés des calculs d'une société qui ne payerait l'indemnité qu'en cas de maladie d'une durée d'au moins dix jours ;

2° Que la moyenne des jours de maladie est de 4.93 par sociétaire en, *comptant les maladies chroniques*, ce qui est sensiblement le chiffre fourni par les sociétés de secours mutuels françaises ;

3° Que la presque totalité des maladies se trouve jugée en moins de quatre mois ;

4° Que dans une société où on ne donnerait l'indemnité que pour une maladie ayant duré au moins 10 jours, et où on ne payerait cette indemnité que pendant 4 mois (1200 jours), la moyenne des jours de maladie par sociétaire serait notablement inférieure à 4 (ce que nous avons toujours soutenu) et que, par conséquent, une prime annuelle de 48 fr. pourrait permettre de donner 10 fr. par jour pendant quatre mois à tout sociétaire, malade au moins dix jours ; plus 1200 fr. par an à tout malade chronique ;

5°. Que le payement de cette indemnité laisserait encore pour la caisse de réserve un bénéfice d'au moins 8 fr. par sociétaire, c'est-à-dire rendrait possible la capitalisation de 1/6 de la prime totale.

Ce que fût devenue la Caisse « Indemnité de Maladie », si l'Association Générale des Médecins de France l'avait créée en 1885.

M. le Dr Maurat s'exprime en ces termes :

Messieurs,

M. le Dr Cézilly a clairement exposé l'état de la question en France, et de son travail ressort spécialement ce fait indiscutable que pour créer une assurance à bon marché accessible à tous et pour pouvoir *diminuer la prime annuelle à réclamer*, il faut nécessairement *diminuer les risques*.

Nous supposerons donc, en regrettant que ce ne soit qu'une supposition (qui, nous l'espérons, deviendra une réalité), que l'Association générale des médecins de France ait créé une caisse d'indemnité en cas de maladie le 1er janvier 1885 sur les bases suivantes :

1° Examen médical avant l'admission (comme en Angleterre).

2° Prime annuelle de 48 fr. (4 fr. par mois).

3° Indemnité de 10 fr. par jour aux malades, pendant 4 mois (1).

Les malades chroniques touchant chaque année 4 mois d'indemnité, soit 1200 fr.

Les maladies de moins de 10 jours ne donnant droit à aucune indemnité (2).

4° Mille adhérents.

(Ce chiffre n'étant pris que pour simplifier les calculs qui sont vrais pour un nombre quelconque de sociétaires). Mais il est facile de

(1) Nous rappelons que la Société Anglaise paye l'indemnité pour les maladies d'au moins 7 jours de durée, pendant 6 mois à plein tarif et ensuite à demi-tarif indéfiniment.

(2) Une maladie d'au moins dix jours donne, bien entendu, droit à l'indemnité à partir du premier jour de maladie constaté et non pas à partir seulement du 10e jour, comme on pourrait le croire.

comprendre que plus il y a d'adhérents, plus les calculs basés sur des moyennes ont de chances de ne pas être faussés par des séries malheureuses. C'est, du reste, cette raison qui nous fait tant désirer voir l'Association générale prendre cette question en main et l'appuyer de sa haute autorité morale pour recruter immédiatement un plus grand nombre de sociétaires.

9° L'assuré ne pouvant recourir à l'indemnité qu'après six mois de cotisation.

Nous établirons pour chaque année la situation budgétaire de notre société imaginaire d'après les données fournies par l'Association Anglaise et chacun de nos lecteurs pourra, s'il lui plaît, en refaire facilement tous les calculs.

1er Exercice 1885.

Avoir, 1000 adhérents à 48 fr.	48.000
Dépenses : 3,920 journées de maladies à 10 fr.	39.200
Balance en faveur de l'actif	8.800

Pour cette première année, nous allons faire complètement le raisonnement sur lequel reposent tous nos calculs, afin d'édifier nos lecteurs, auxquels il sera facile de refaire les mêmes calculs pour les quatre années suivantes.

Dans la Société Anglaise, pour la 1re année, 560 membres ont eu 2,692 journées de maladie.

Si, au lieu de payer l'indemnité pour les maladies d'au moins 7 jours, elle ne l'avait payée que pour celles d'au moins 10 jours, la colonne (H) de notre tableau indique que 19 malades, de 7 à 9 jours (moyenne 8), auraient été éliminés, soit une diminution de 19 × 8 = 152 journées de maladie.

De même si au lieu de payer l'indemnité pendant 6 mois à plein tarif elle ne l'avait payée que pendant 4 mois, la colonne (K) nous indique que 1 malade eût été éliminé pendant une durée de 1 à 2 mois (moyenne 30 jours).

Une troisième cause de diminution, et la plus considérable, réside dans la colonne (M) — 3 malades ont eu une durée de maladie de plus de six mois, probablement un an (voir la note au bas du tableau) ; mais nous ne prenons que la moyenne de 9 mois pour marquer notre désir de rester au-dessous de la réalité.

De ce chef, le paiement de l'indemnité ayant cessé complètement à la fin du 4e mois, on aurait évité de payer à ces trois malades 2 mois à plein tarif, 60 × 3 = 180, plus trois mois à demi-tarif ou 45 × 3 = 135, c'est-à-dire 315 journées de maladie.

Il y a donc, au total, une diminution de 152 + 30 + 180 + 135 = 497 journées de maladie, soit 2.691 — 497 = 2195 journées pour 560 sociétaires ; pour 1000 soc. $\frac{2.195 \times 1000}{560}$ = 3919.6 journées de maladie, c. q. f. d.

2e Exercice 1886.

Avoir en caisse	8.800	francs.
Cotisation de 1.000 sociétaires	48.000	—
Intérêts de la somme de 8,800 fr. pendant un an	Mémoire.	
Total	56.800	
Dépenses, 4,342 journées à 10 fr.	43.420	—
Balance en faveur de l'actif	13.380	—

3e Exercice 1887.

Avoir en caisse	13.380	—
Cotisation de 1.000 membres	48.000	—
Intérêts de 13.380 f. pendant un an	Mémoire.	
Total	61.380	—
Dépenses, 4.031 journées à 10 fr.	40 310	—
Balance en faveur de l'actif	21.070	—

4e Exercice 1888.

Avoir en caisse	21.070	—
Cotisation de 1.000 sociétaires	48.000	—
Intérêts de 21.070 f. pendant un an	Mémoire.	
Total	69.070	—
Dépenses 3.497 journées à 10 fr.	34.970	—
Balance en faveur de l'actif	34.100	—

5e Exercice 1889.

Avoir en caisse	34.100	—
1.000 cotisations	48.000	—
Intérêts de 34.000 f. pendant un an	Mémoire.	
Total	82.100	—
Dépenses 4.291 journées à 10 fr.	42.910	—
Balance en faveur de l'actif	39.190	—

Ainsi donc, au bout de cinq années d'exercice, la Société imaginaire dont nous avons exposé le fonctionnement aurait versé aux membres du corps médical plus de 200 mille francs d'indemnité et constitué une réserve de 39 mille francs avec une prime de 48 fr. par an et sans tenir compte des intérêts des sommes en caisse.

Quel magnifique résultat, bien digne de conquérir les suffrages du comité d'études de notre Association générale !

Si, poussant plus loin les calculs, on recherche ce que deviendrait la même Société en payant l'indemnité pour les maladies d'au moins 7 jours comme la Société Anglaise, *on arriverait encore à constituer après 5 années une réserve de 21.260 fr.* Car il faut bien remarquer que la caisse de la Société n'est véritablement grevée d'une façon dangereuse que par les maladies chroniques qui vont toujours en croissant d'année en année, à mesure que les sociétaires avancent en âge. C'est, à notre avis, ce qui constitue le danger sérieux de l'Association médicale mutuelle de la Seine, malgré sa grosse prime (120 fr. par an) et ce qui a obligé l'Association Anglaise, plus prudente, à ne donner que demi-indemnité après six mois et rien après 65 ans d'âge, tout en réclamant une prime non moins élevée.

Le président de l'Association médicale mutuelle de la Seine, notre honorable confrère, le Dr Lagoguey, auquel nous rendons pleinement justice et dont nous admirons la foi d'apôtre sans pouvoir, hélas ! la partager, se félicite, dans son dernier compte rendu, d'avoir traversé avec succès l'épidémie dernière. Nous l'en félicitons également, mais là n'est pas le danger pour les caisses d'assurances contre la maladie. Les courtes incapacités de travail, même nombreuses, ne compromettent jamais l'équilibre de la caisse ; mais quand vient l'âge pour les premiers sociétaires, et plus on s'éloigne de l'époque d'examen médical d'admission, plus les cas de maladie chronique deviennent nombreux et épuisent rapidement la caisse de réserve.

C'est cette raison qui rend importante la constitution d'une réserve et qui nous fait considérer la prime de 48 fr. par an, que nous proposons, comme l'extrême limite à laquelle on puisse sans danger l'abaisser au début de l'œuvre.

Nous ferons remarquer, en terminant ce travail déjà long :

1° Que les chiffres nous ayant servi à établir nos calculs, ont la sanction de l'expérience.

2° Que nous avons, de parti pris, toujours forcé les chiffres en notre défaveur et négligé de calculer les intérêts des sommes importantes constituant la réserve.

3° Enfin qu'à notre avis les médecins français devront moins facilement recourir à la Caisse de l'Association en cas de maladie, que leurs confrères anglais qui, d'après une habitude de leur pays, sont presque tous doublés d'un *assistant*, chose malheureusement inconnue en France, et peuvent se faire remplacer plus facilement et avec beaucoup moins d'inconvénients par leur alter ego habituel.

On nous objectera peut-être que dans nos calculs nous avons négligé de faire figurer les frais de gestion ; mais nous répondrons que, dans notre esprit, ils doivent être nuls ou presque nuls, si l'Association générale se charge de cette organisation. Dans le cas contraire, les intérêts de la réserve que nous avons négligés suffiraient amplement pour les couvrir, d'autant plus que nous avons également négligé de porter à la réserve les six mois de prime pendant lesquels des nouveaux sociétaires s'interdisent de recourir à l'assurance.

Chers confrères :

Après cet exposé si probant de notre confrère Maurat, je continue le mien :

La proposition que vous avez fait prendre en considération par l'*Association* va être discutée à l'Assemblée générale de 1890. Le seul argument sérieux qu'on puisse faire valoir contre son acceptation, consiste dans l'élévation relative de la cotisation annuelle de 48 fr.

Nous ne nous en dissimulons en aucune façon la portée.

Il faut pourtant bien que chaque médecin comprenne que s'il veut une indemnité de 10 francs par jour pendant quatre mois, il faut qu'il verse une cotisation équivalente. *Qu'il se contente de 5 francs d'indemnité journalière et il entrera dès ce moment dans la catégorie de ceux qui ne verseront que 24 fr. par an* — la solution est bien simple.

Mais ne demandons pas qu'avec une cotisation faible, l'œuvre serve une indemnité élevée ; c'est l'évidence absolue ! Notre collègue et ami le Dr Charbonnier, président de l'Association de la Sarthe, trouve la cotisation de 48 francs excessive. Qu'il accepte celle de 24 francs et se contente de l'indemnité journalière de 5 francs. L'argent qu'on donne ne peut provenir que des sommes reçues !

Nous ne vous avons exposé, chers confrères, que des idées basées sur la connaissance des besoins et des ressources de la majorité des médecins de notre pays. Nous ne nous sommes pas leurré d'espérances, nous n'avons pas fait miroiter des chiffres inacceptables ; nous n'avons pas imité, en un mot, ces amis trop chaleureux de l'*Association mutuelle de la Seine* qui nous disent avec une certaine légèreté, au risque de se procurer des déceptions : « On voit tout de suite combien les avantages de l'*Association mutuelle* sont au-dessus de ceux des *caisses de retraite* dont on ne jouit qu'à la vieillesse et qui, pour arriver au chiffre de 3.650 fr., assuré par l'œuvre, exigeraient une cotisation au moins triple. » L'auteur de ces réflexions ajoute : « Remarquez aussi qu'en cas de décès du sociétaire, l'œuvre rembourse à la veuve, ou aux orphelins, *si la réserve le permet*, une allocation calculée d'après le temps pendant lequel la cotisation aura été versée. »

Comment venir comparer l'œuvre de l'indemnité à celle des pensions de retraite ! Cette exubérance d'enthousiasme me remet en mémoire les exigences d'un grand nombre de nos correspondants qui, adhérant en principe à l'œuvre de la *Caisse des pensions de retraite*, lors de sa fondation par le *Concours médical*, demandaient que la pension fût très élevée, reversible sur la veuve, les orphelins, les ascendants, et qui, par contre, trouvaient les cotisations beaucoup trop onéreuses !

Vous le savez bien, chers confrères, toutes les œuvres *de prévoyance* ne vivent et ne vivront jamais que du bénéfice de Pierre plus favorisé que Paul, par sa santé, sa longévité.

Ainsi donc pour les versements que vous pourriez faire pour l'indemnité de maladie, je puis terminer en vous souhaitant de payer toujours et de ne toucher jamais.

Je n'en pourrais dire autant de la *Caisse des pensions de retraite* que je ne saurais trop vous recommander. Pour celle-ci je vous souhaite de payer et surtout de toucher à l'âge de 60 ans et pendant de longues années. L'œuvre est forte et fera face à tous ses engagements.

En ce qui concerne la mise en œuvre de notre proposition, si elle venait à être adoptée, elle est très simple et regarde la Commission spéciale que nommerait le conseil général de l'Association. »

L'allocution du président est accueillie avec grande faveur par l'Assemblée qui décide que le procès-verbal de la séance sera adressé à toutes les *Sociétés locales*.

ANNEXE N° 3.

Encore l'assurance en cas de maladie.

Dans l'article de tête de la *Tribune médicale* du 5 juin dernier, M. le Dr Gallet-Lagoguey, répondant à un article paru au *Concours Médical*, le 8 mars, critique les données mathématiques de notre projet de création d'une caisse de secours en cas de maladie, nous accuse d'inexactitude, d'imprévoyance, d'erreur et conclut, en somme, à ceci : que notre projet est absolument inacceptable au point de vue pratique.

Nous allons en quelques mots répondre aux assertions de notre confrère qui, lui-même, en nous citant, n'a pas été à l'abri de l'erreur.

M. Lagoguey remarque en premier lieu des différences sensibles entre les chiffres du tableau publié par le *Concours Médical* et ceux donnés par M. Neison. Ainsi dit-il, de 1885 à 1888, M. Maurat donne, d'après le tableau Radley, le chiffre total de 844 assurés et 12.357 journées de maladie, tandis que M. Neison donne 897 assurés et 13.898 journées de maladie.

Nous pourrions nous retrancher derrière les documents fournis par M. Radley, secrétaire général de l'œuvre, bien placé pour avoir les renseignements exacts que nous avons simplement copiés, mais il est plus simple de prier M.

Lagoguey de vouloir bien se reporter à notre tableau et remarquer qu'il a fait erreur. Nous avons donné non pas 12,257 journées de maladie, mais bien 13,457, ou, s'il préfère que nous reproduisions le document anglais, 1,922 semaines et 3 jours. En outre, dans le document que nous possédons, M. Radley nous dit : « Pour l'année 1884, « la Société avait seulement un *très petit* nom« bre de membres assurés et seulement *pour trois* « *mois*, si bien qu'un relevé de cette année serait « sans valeur. »

De là provient sans doute la petite erreur qui existe entre nos chiffres et, comme nos renseignements embrassent une période plus étendue que tous ceux publiés jusqu'à ce jour, puisqu'ils vont jusqu'à la fin de l'année 1889, nous pensons qu'il n'y a là qu'un simple défaut de concordance de dates.

M. Lagoguey nous reproche ensuite de prendre pour point de départ de nos évaluations la *moyenne actuelle* des journées de maladie de la société anglaise et non celles prévues d'après les statistiques générales. Entendons-nous : en cela et dans toute la discussion qui suit, M. Lagoguey fait une confusion regrettable entre sa propre association et celle que nous proposons d'établir. Ces deux organisations n'ayant aucun point de commun ne sauraient découler de données communes. Que peuvent bien nous importer les moyennes de journées de maladies de Sociétés qui, comme les *sociétés de secours mutuels*, les comptent du premier jour ou, comme l'*Association Mutuelle de la Seine*, les comptent indéfiniment, à nous, qui nous limitons étroitement et ne faisons entrer dans nos calculs que les maladies durant au moins 10 jours et seulement 4 mois ?

Tous ces calculs, largement exposés, portent à faux et ne nous sont pas applicables. Quand M. Lagoguey vient nous dire que nous aurions dû, d'après la Société anglaise, prévoir une moyenne de journées de maladie de 7.33 par sociétaire et que même, d'après lui, cette moyennne est trop faible pour nous, il prouve simplement que, plein de son sujet et n'ayant dans l'esprit que sa propre organisation, il n'a pas saisi l'économie de notre projet.

Quel a été notre point de départ ? Nous ne saurions trop le répéter : convaincus, comme l'immense majorité de nos confrères, qu'il était bon et même nécessaire de créer, pour les médecins, une caisse d'assurances en cas de maladie, mais convaincus également, que les primes réclamées par *l'Association anglaise* et par *l'Association mutuelle de la Seine* n'étaient pas accessibles à la bourse de la majorité des praticiens de province, qui sont certes les plus intéressants et doivent retirer de cette organisation le plus de bienfaits, nous avons cherché à diminuer cette prime. Mais il nous a fallu nécessairement aussi diminuer les risques. En proposant de ne payer l'indemnité qu'au sociétaire malade pendant au moins 10 jours, nous avons, d'après le tableau anglais, diminué nos risques de 7.25 %. En ne continuant cette indemnité que pendant quatre mois, nous avons également diminué nos risques de 15 %.

Or, cette Société anglaise pendant une période de 5 années n'a eu qu'une moyenne de 4,93 jours de maladie par sociétaire ; nous sommes donc en droit de dire que la nôtre, dont les risques sont diminués de plus de 22 %, n'aurait eu pendant la même période, qu'une moyenne de 3.85 journées de maladie. En établissant nos calculs sur une moyenne de 4.80 nous laissons une large marge à l'aléa.

Vainement M. Lagoguey nous objecte qu'une période de cinq années ne prouve rien. Nous lui répondrons qu'elle prouve, au contraire à l'évidence, l'erreur du point de départ de l'Association anglaise et la majoration de ses primes. Cette société, pour établir la base de ses calculs, a puisé ses renseignements à des sources diverses donnant toutes la totalité des journées de maladie de leurs sociétaires, mais elle n'a pas pris garde qu'elle-même en élimine un nombre considérable en ne payant que les maladies d'au moins 7 jours de durée et ne donnant que 1/2 indemnité au bout de 6 mois.

C'est ce qui fait qu'au bout de 5 années d'exercice, en fin de décembre 1888, d'après le rapport de M. Neison, cité par M. Lagoguey, la Société anglaise, (non compris, bien entendu, ses réserves statutaires possédait un excédent de 151,375 fr., que le dit M. Neison avec une prudence légitime, mais que l'avenir démontrera inutile, conseille de ne pas *encore* distribuer aux sociétaires, pensant qu'il est préférable d'attendre l'épreuve d'une nouvelle période de cinq ans.

Comment, en présence de ces résultats, M. Lagoguey peut-il légitimement prétendre que les prévisions anglaises qui ont servi de base à nos calculs ne sont pas une garantie suffisante ?

La suite de l'argumentation de M. Lagoguey, tout en continuant à être inapplicable à notre projet, est cependant plus sérieuse et atteint un but qu'il ne cherchait sans doute pas. Elle est, pour moi, la meilleure défense qu'il ait jamais fournie de son organisation et je n'hésite pas à reconnaître qu'en effet il lui sera possible de remplir ses promesses, si quelque série noire ne se présente pas au début et à la condition cependant qu'il renonce à rembourser les versements des décédés à leurs ayants droit.

Mais alors je lui fais un autre reproche : les sociétaires atteints de maladies aiguës touchent trop peu, eu égard à l'élévation de leur prime, et les chroniques sont comblés outre mesure et hors de toute proportion. Car, pour rappeler les paroles du Dr Roussel, de Saint-Etienne : « Après « un versement de 60 fr., qu'un associé soit frap« pé le 7e mois d'une maladie incurable, le voilà « désormais à la charge de la Société ; au bout « de 12 ans, et sa vie peut se prolonger plus « longtemps encore, il aura touché (1) 43.000 fr. « Ce n'est plus un placement, c'est la pêche mi« raculeuse.....le *summum jus* devient l'injusti« ce suprême. »

Pour nous résumer, et sans contester l'exactitude des chiffres de M. Lagoguey, dont quelques-uns sont cependant discutables, nous dirons :

L'organisation proposée par le *Concours médical*, non comme *projet ferme*, mais comme base de discussion d'une association plus large et plus abordable que celle de M. Gallet-Lagoguey n'est, en rien, atteinte par son article qui n'a fourni aucun argument topique contre elle.

Les moyennes des journées de maladie qui,

(1) M. Roussel n'indique qu'un chiffre bien inférieur et erroné.

pour les Sociétés étudiées par lui, varient de 7.33 à 9,72, ne saurait fournir aucun élément d'appréciation pour la création d'une Société ne tenant pas compte des maladies de moins de dix jours et de plus de quatre mois.

L'Association anglaise, avec les tableaux détaillés qu'elle nous a fournis, est, au contraire, une base des plus solides que M. Lagoguey n'a du reste pas cherché à discuter.

Il reste maintenant un moyen fort simple à notre honorable contradicteur de nous prouver que nous sommes dans l'erreur : son association est bien jeune, mais cependant qu'il publie, ou nous communique un tableau détaillé de ses opérations et qu'il nous prouve qu'avec une prime de 48 fr. nous aurions été incapables de payer 10 fr. par jour aux sociétaires dont la maladie a duré de 10 jours à quatre mois. Nous nous inclinerons en reconnaissant notre erreur et, bien plus, nous le remercierons de nous avoir arrêté dans une voie dangereuse.

Si, au contraire, notre projet d'organisation, après avoir rempli ses engagements, laisse encore une large marge de bénéfices, il sera obligé de reconnaître qu'il s'est trompé en prétendant que notre projet est « inacceptable au point de vue pratique ».

Dr Maurat.

Société locale de la Gironde.

Association générale des Médecins de France.

Dans une conférence tenue à Bordeaux, le 12 octobre 1890, sur l'invitation du Conseil administratif de l'Association des Médecins de la Gironde, et à laquelle ont pris part les Présidents ou Délégués des Sociétés locales du Sud-Ouest, au nombre de dix, ont été arrêtées et adoptées, à l'unanimité, les bases du projet suivant :

Projet d'un règlement général du Service de l'Indemnité en cas de maladie.

Il est créé, au sein de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France, une œuvre d'assurance mutuelle contre les risques de la maladie.

Tout membre d'une Société locale qui demandera à s'assurer une indemnité pour *la durée de maladies le mettant dans l'impossibilité d'exercer sa profession*, aura un compte spécial ouvert sur les registres du Trésorier, en conformité des conditions suivantes :

1° Au moment où il demande son inscription pour cette assurance mutuelle, le Sociétaire doit être âgé de cinquante-cinq ans, au plus et fournir un certificat constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité pouvant entraîner l'incapacité de travail professionnel.

Ce certificat, délivré par un médecin faisant partie de l'Association et contresigné par le Délégué du Conseil administratif, sera soumis à l'appréciation de ce Conseil qui prononcera ou non l'admission.

Toutefois, et par mesure transitoire, les Membres de l'Association âgés actuellement de plus de cinquante-cinq ans seront admis, dans le courant de la première année seulement, à faire partie de l'œuvre, mais à des conditions qui seront déterminées ultérieurement.

2° Le Sociétaire admis doit payer directement entre les mains du Trésorier une somme annuelle de 60 francs, cotisation à l'Association comprise. Cette somme sera soldée par semestre et d'avance, avant le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année, faute de quoi le droit à l'indemnité serait suspendu : et ne pourrait être repris que trois mois après le paiement intégral de l'arriéré et du semestre suivant.

3° Le Sociétaire admis peut porter à 120 francs sa cotisation annuelle pour s'assurer une indemnité double en cas de maladie.

De son côté la Société s'engage :

1° A consacrer exclusivement au service de l'indemnité en cas de maladie toutes les sommes provenant de ces cotisations spéciales et toutes celles qui proviendraient de dons ou legs avec affectation à cette œuvre.

Chaque année, en fin d'exercice, le Trésorier verse à la Caisse centrale de l'Assurance en cas de maladie, dont le siège est à Paris, les excédents provenant de ces recettes et, s'il est en insuffisance de ressources, le Trésorier fait appel à ladite Caisse.

2° A allouer une indemnité de 5 francs par jour pour toute maladie dûment constatée, entraînant une incapacité de travail professionnel ayant duré plus de cinq jours et moins de six mois : les cinq premiers jours ne devant d'ailleurs pas entrer en ligne de compte.

3° A allouer, après le sixième mois, pendant toute la durée de la maladie et tant que les ressources de l'œuvre d'indemnité-maladie le permettront, une indemnité de 2 fr. 50 par jour.

4° Les indemnités seront doublées pour les associés-assurés payant la cotisation de 120 francs.

5° Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'après l'expiration du premier semestre de cotisation spéciale et après le versement du second.

6° Dès qu'un associé-assuré est malade, il doit aviser le Président et le Délégué du Conseil d'administration. Celui-ci s'assure de l'incapacité de travail professionnel, il en constate la durée et délivre les certificats nécessaires pour le règlement de l'indemnité.

7° Ce règlement des indemnités est ordonné par le Président, en Conseil d'administration, au moins une fois tous les deux mois.

8° Tant qu'ils résideront hors du territoire français, les associés-assurés ne pourront pas jouir du droit à l'indemnité.

Pour la Délégation des Sociétés du Sud-Ouest :

Le Président,
Dr Lacombe (Dordogne).

Le Secrétaire,
Dr Pédebidou (Htes-Pyrénées.)

Pour le Conseil d'administration de la Société de la Gironde :

Le Président, Dr G. Hameau.
Le Secrétaire général, Dr R. Saint-Philippe.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, 3.

Douzième année — N° 44 — 1er Novembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du Concours médical et des délégués de l'Union des Syndicats.

Chers confrères,

Le Conseil de direction du *Concours médical* et le Bureau de l'*Union* ont fixé la date de l'Assemblée générale.

Elle aura lieu le 9 novembre, à 2 heures, au *Grand-Hôtel*, et le banquet à 6 heures 1/2.

Nous avons d'importantes questions à soumettre à vos délibérations. Nous espérons obtenir, durant la nouvelle législature, des satisfactions depuis longtemps recherchées par le corps médical.

Vous comprendrez aisément combien nous attachons d'importance à votre présence et à vos communications.

Nous vous prions de nous écrire, de suite, les questions que vous désireriez voir figurer à l'*ordre du jour* et de prendre, dès ce moment, vos dispositions pour vous joindre à nous, venir seconder nos efforts et nous informer qu'on peut compter sur vous.

Pour les Bureaux de l'Union et du Concours.

Le Directeur, A. Cézilly.

Rapport du Conseil de Direction.

Messieurs et chers confrères.

J'ai, chaque année, le devoir de vous rendre compte, au nom du Conseil de direction, de l'état de notre Société du *Concours médical*. A mesure qu'on avance en âge, le temps s'écoule avec une rapidité de plus en plus grande. Les *Assemblées générales*, qui marquent le long espace d'une année encore une fois écoulée, arrivent avec une rapidité qui surprend toujours.

Aussi, quand on veut vous dire la tâche accomplie en ces douze derniers mois, on ne peut s'empêcher de déplorer tous les obstacles qui, sans cesse, s'accumulent et viennent entraver, retarder l'accomplissement des espérances les plus légitimes qu'on nous avait fait entrevoir à notre dernière réunion. Est-ce un motif de nous décourager ? Nulement, puisque, pendant l'année, si on ne constate pas de grandes réformes obtenues par vos efforts, si nous n'avons pas accompli de nouvelles œuvres, du moins celles que vous avez établies les années précédentes, font bonne figure et ne demandent que votre prosélytisme pour les compléter, pour les améliorer.

Or, ce prosélytisme, c'est là ce qui est difficile à obtenir et les services de tous les jours que le *Concours médical* rend à ses membres, ne suffisent pas à inspirer à nos confrères assez d'ardeur pour qu'ils consentent à faire partager à leurs amis la conviction qui les a fait entrer dans notre Société et qui les engage à se maintenir dans nos rangs.

Comment, par conséquent, vous suggérer cet esprit de propagande qui ne se traduit que par un nombre restreint de nouvelles adhésions ? Il faudrait vous rappeler les divers éléments des œuvres du *Concours médical*, si éloquemment mises en lumière par notre cher confrère Gassot, le jour de votre assemblée de 1889. Vous avez applaudi à son exposé. Nous ne voulons pas le refaire après lui. Nous espérons que vous en avez gardé le souvenir et que vous voudrez nous le prouver en procurant cette année-ci, de nombreuses recrues à notre Société.

Le *Conseil de Direction* s'est réuni nombre de fois dans le cours de l'année et vous ne vous rendriez pas un compte exact de son travail, si vous vous en teniez à la simple lecture des procès-verbaux de ses séances. Ceux-ci ne portent forcément pas la mention des nombreuses discussions *d'intérêt privé* que tant de membres du *Concours médical* lui soumettent et qu'il s'efforce

constamment de résoudre au mieux des intérêts de ceux de nos confrères qui recourent à lui. Lorsqu'il répond par une fin de non recevoir, toujours motivée, ses correspondants peuvent être certains qu'il n'agit ainsi que contraint et forcé, et quand son intervention est absolument impossible.

A côté de ce rôle du *Conseil de Direction*, vient ensuite, pour des affaires encore plus particulières, le rôle tout spécial du directeur, en son propre nom ; rôle qui est multiple, sans cesse renouvelé, souvent à titre d'arbitrage ou de conseil.

Ces fonctions non apparentes du Conseil de Direction et du Directeur ne sont certes pas moindres que leur action et leur rôle publics, dans une *Société* qui compte des milliers de médecins, qui, parfois s'exagérant notre pouvoir, peuvent croire que le *Conseil* et la *Direction* répondent négativement à leurs demandes, lorsqu'ils pourraient leur donner satisfaction. Il n'en est rien et jamais nous ne négligeons une seule occasion d'être utiles à qui recourt à nous, lorsque ce recours est en situation.

Vous aviez décidé, chers confrères, que tous les efforts de notre Société, cette année, devaient se tourner d'un seul côté : l'établissement, par l'*Assemblée générale* et dans son sein, de l'*œuvre d'indemnité de maladie*. L'agitation à créer sur cette question avait été déjà préparée par les envois de brochures sur la matière, faits par notre Société à tout le corps médical en 1889. Tout médecin qui s'intéresse aux questions professionnelles avait déjà reçu quelques éléments d'information. Après votre assemblée de 1889, un des membres du Conseil de Direction, M. le Dr Maurat établissait, grâce à des documents précieux fournis par le statisticien de l'Association amicale des médecins anglais, que si, en 1885, c'est-à-dire depuis cinq années, l'Association générale avait consenti à établir une *Caisse d'indemnité de maladie*, sur les bases que j'avais exposées devant l'Association des médecins de l'Oise, l'œuvre aurait tenu ses promesses et en outre constitué des réserves suffisantes pour pourvoir à toute éventualité.

En un mot la preuve était faite que mille médecins, avec une cotisation de 4 fr. par mois, pouvaient s'assurer 10 fr. d'indemnité journalière et continuer de donner chaque année 1200 fr. à leurs confrères atteints de maladies chroniques.

Cette démonstration, appuyée sur des chiffres irréfutables, ne suffisait pas pour déterminer l'Association générale et surtout les sociétés locales à entrer dans le mouvement.

Les sociétés locales n'avaient pas été saisies d'un projet rédigé par articles, avec considérants à l'appui et réfutation des objections.

De son côté l'Assemblée générale de l'Association, en avril, entendait sur la question un rapport compendieux, très consciencieux de M. le Dr Lereboullet. Mais ce rapport se ressentait du vague des réponses des sociétés locales, réponses pour la forme et sans valeur.

Aussi ce ne fut pas sans des difficultés sérieuses que nos représentants à l'*Assemblée générale de l'Association* purent obtenir que la question fût maintenue à l'ordre du jour. Pour la première fois l'avis du Bureau, sur une grave question, ne fut pas partagé par les délégués des sociétés locales qui nous donnérent gain de cause.

L'indemnité de maladie entrait en *avril* 1890 dans une phase nouvelle. Elle était maintenue à l'ordre du jour et le journal vous a appris que le 17 octobre, une commission du Conseil général, après avoir entendu les observations de divers médecins et les nôtres, décidait que les projets de l'Oise et de la Gironde allaient faire l'objet d'une nouvelle consultation demandée aux sociétés locales.

En un mot, grâce à tous nos efforts et aux efforts de tous les médecins que la question de l'indemnité intéresse, les préoccupations du *Conseil général de l'Association* paraissent diminuées et nous pouvons concevoir l'espoir d'une solution. Retardée, elle n'en sera que plus mûrie et, quelle qu'elle soit, le *Conseil de Direction du Concours médical* ne s'en désintéressera pas.

Ce n'est pas un résultat sans valeur que celui que je viens d'énoncer, si j'ajoute que toutes les œuvres que le *Concours médical* a établies, ont continué à progresser.

Quelle est en effet la Société médicale qui aurait été à même de répondre d'une manière satisfaisante à la lettre suivante, récemment reçue de l'un de nos correspondants du Nord ?

Monsieur le Directeur,

Je vous retourne mon adhésion aux *statuts* du Concours médical. Maintenant, permettez-moi de recourir à votre obligeance pour me renseigner sur les points suivants. Je suis âgé de 44 ans ; j'ai quatre enfants à élever et à instruire ; je pense à l'avenir et voici ce que je désire :

1° faire partie d'une Société pour le cas de maladies ou d'infirmités.

2° me créer, à un certain âge, une petite rente me permettant de vivre modestement à la campagne.

3° si ces institutions-là n'existent pas, est-ce dans l'Association générale des médecins de France que je trouverai un abri contre la maladie ou la vieillesse ?

Vous seriez bien aimable de m'écrire ce que vous pensez que je devrais faire. Je vous en remercie et vous prie d'agréer, etc.. ».

Nous avons répondu : Cher confrère, le Concours médical date de 1879 seulement et, néanmoins, voici les réponses que nous pouvons vous faire, grâce au travail accompli en 11 années par le Conseil de direction du Concours médical :

« 1° Si nos efforts actuels aboutissent, avec une cotisation de 2 ou 4 fr. par mois, vous pourrez, en souscrivant à la *Caisse d'indemnité de maladie*, vous assurer, en cas de maladie ou d'infirmité, une allocation maxima, de 600 ou de 1200 fr. qui pourra, si l'invalidité se confirme, vous être continuée les années suivantes. — Si l'*œuvre de l'indemnité* s'établit, le Concours médical en sera le principal auteur.

2° Pour vous créer une pension de 600 ou de 1200 fr. à 60 ans d'âge, vous devrez verser à la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français* une cotisation annuelle qui, pour votre âge de 44 ans, est de 168 50 pour 600 fr. et de 337 fr. pour une pension de 1200 fr.

La Caisse des pensions est l'œuvre du *Concours médical.*

3° Non, l'Association générale, à cause de la modicité de la cotisation de ses membres, ne peut vous fournir un abri assuré contre la maladie et la vieillesse. Mais, en lui versant la modique cotisation de 12 fr. par an, elle pourra vous secourir, par des subventions annuelles, si vous tombiez dans le dénûment. Le droit est relatif, et *le plus*

malheureux prime celui qui l'est moins dans l'exercice de ce droit.

Un très grand nombre de membres du Concours font partie de l'Association générale et vous devez les imiter.

Nous pouvons ajouter, cher confrère, que votre sollicitude pour l'avenir serait complétée utilement par l'Assurance sur la vie ; assurance qui, dans certaines conditions, vous donnerait droit au bénéfice de la *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, membres du Concours médical.* C'est encore ici une œuvre déjà ancienne de notre Société.

Le *Concours médical* vous offre encore un recours contre le malheur. Si, *victime du devoir médical*, vous deveniez infirme, ou si vous veniez à laisser les vôtres dans le besoin, une autre de ses œuvres vous secourrait ou assisterait les vôtres.

Nous savons bien que, pour presque toutes ces organisations, il est nécessaire de s'imposer des sacrifices pécuniaires qui, par leur ensemble, deviennent onéreux.

Mais le Concours médical a établi encore, et même avant qu'ils ne fussent consacrés par la loi de 1884, des Associations professionnelles, les *Syndicats*, qui, quelque nombreuses qu'elles soient en France, ne sont encore qu'à leurs débuts et contrariées dans leur essor, par une fâcheuse interprétation de la loi.

Cette œuvre de notre société a toujours eu, au témoignage unanime des syndicats, un effet régulier : faciliter le recouvrement des honoraires ; les élever, les maintenir à un taux honorable et en définitive procurer au médecin une augmentation du quart au moins de ses revenus professionnels.

En conséquence, cher confrère, nous ajoutons : adhérez à un *Syndicat* ; aidez à en former un dans votre région, et vous trouverez sans peine les quatre à cinq cents francs qui vous permettront d'atténuer dans une mesure sérieuse les éventualités qui *nous menacent* tous. »

— Nous ne pouvions mieux vous démontrer que par cet exemple que votre *Conseil de Direction* suit la voie tracée et s'efforce d'améliorer et de perfectionner toutes les œuvres de prévoyance, d'assistance, de solidarité qui sont le motif de la création du *Concours médical.*

Nous avons rendu compte en leur temps des réunions du *Syndicat de la Presse médicale* ; l'action de cette Association professionnelle produira des résultats de plus en plus satisfaisants, en établissant un concert utile de la presse médicale sur les questions à l'ordre du jour.

Le Conseil de direction a exécuté encore une de vos décisions de la dernière Assemblée générale ; il a adressé à tous les députés-médecins un appel qui a été entendu. Grâce à lui, et à l'initiative de MM. Chevandier et David, députés, la *Commission extra-parlementaire des médecins législateurs* va se reconstituer, et nous savons maintenant à qui nous adresser. Nous allons avoir, cette année, des vœux à formuler et à lui soumettre.

C'est à cette commission que nous aurons, entre autres vœux, à renouveler celui qui a été exprimé par M. le Dr Gassot : *que l'inspection médicale des écoles, prévue par la loi sur l'enseignement primaire, soit instituée dans tous les départements.*

Le Conseil de direction, préoccupé de la *Revision de la législation* et surtout de la loi du 21 mars 1884, va, de concert avec le *Bureau de l'Union*, faire quelques démarches qui, si elles aboutissent, favoriseront le succès de nos revendications.

Il espère avoir rempli, à votre satisfaction, sa tâche, en 1889-90. La présence d'un grand nombre de nos confrères à l'Assemblée du 9 novembre sera pour lui le plus précieux encouragement.

Pour le Conseil de Direction,
Le Directeur,
A. Cézilly.

Rapport du secrétaire-trésorier du Concours médical.

Exercice du 1er *octobre* 1889 *au* 1er *octobre* 1890.

Messieurs,

Notre avoir social n'est pas assez élevé pour donner de grands tracas à votre trésorier et son rapport sera bref.

Au 1er octobre 1889, l'avoir non disponible de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	32.410 50	
Espèces non disponibles	142 53	
		32.553 03
Depuis cette époque, 23 adhésions nouvelles à la Société ont produit une somme de		228 36
versée dans notre caisse par le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au *Concours médical*.		
Ce qui porte l'avoir inaliénable de la Société à		32.781 39

dont 370 89 fr. en espèces.

CAPITAL DISPONIBLE.

Actif.

Au 1er octobre 1889, l'avoir disponible était de	74 33
Depuis cette époque, notre portefeuille, déduction faite des droits de timbre et de garde, a produit une somme de	965 15
Il a été reçu, en outre, dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal	514 00
Total	1.553 48

Passif.

Le passif se décompose ainsi :

Frais de banquet du 20 novembre 1889	579 65
Jetons de présence et frais de déplacement	273 00
Frais d'études de la question assurance en cas de maladie	178 00
Total	1.030 65

Résumé.

Actif	1.553 48
Passif	1.030 65
Balance en faveur de l'actif	522 83

Ce qui porte l'avoir total de notre Société à :

Capital inaliénable	32.781 39
Fonds disponibles	522 83
Total général	33.304 22

A titre de renseignement, au cours de la bourse du 1er octobre 1890, notre portefeuille avait une valeur de 33.549 fr.

Comme les années précédentes, nous allons faire suivre ce compte rendu de notre situation financière d'un projet de budget pour l'exercice 1890-91.

PROJET DE BUDGET.

RECETTES.

Avoir disponible	522 83
Revenu du capital inaliénable	965 17
Dons probables	512 »»
Total	2.000 »»

DÉPENSES.

Frais de banquet	600 00
Jetons et frais de déplacement	400 00
Affectations à proposer en séance	1.000 »»
TOTAL ÉGAL	2.000 »»

CAISSE DE PRÉVOYANCE DES ASSURÉS SUR LA VIE.

Au 1er octobre 1889 :

Portefeuille	8.214 90
Espèces	64 19
Total	8.279 09
Depuis cette époque, il a été touché : coupons	244 03

Aucune dépense dans le cours de l'année.

La situation au 1er octobre 1890 est donc :

Portefeuille	8.214 90
Espèces	308 22
AVOIR TOTAL	8.523 12

Le secrétaire-trésorier,
Dr MAURAT.

Rapport du Comité de rédaction.

Depuis notre dernière assemblée générale, la rédaction du *Concours médical* n'a pas subi d'importantes modifications : notre public nous ayant témoigné son approbation à maintes reprises, nous n'avions pas à changer notre manière de faire, qui a toujours été dictée par le désir de fournir au praticien occupé un ensemble de renseignements exacts sur les principales questions scientifiques et professionnelles que les événements mettent à l'ordre du jour du monde médical. Des articles courts, des sujets nettement limités, des solutions précises à des problèmes simplifiés, voilà comment se résume notre programme.

Le nombre des journaux de médecine va sans cesse en croissant ; chacun des nouveaux venus espère sans doute faire mieux que ses prédécesseurs et, tout fier de voir arriver promptement à lui cette partie du corps médical qu'on peut appeler le public flottant, il déclare modestement qu'il est venu combler une lacune (le cliché est connu) dans la presse médicale. Vienne un nouveau combleur de lacunes, et ce même public flottant va se déplacer encore. Mais le fond solide sur lequel s'appuie un journal qui, comme le *Concours médical*, va entrer dans sa treizième année, ne se déplace pas. Nous n'avons donc pas à envier les lauriers plus ou moins brillants qu'ont pensé moissonner dès leur début dans la carrière des journaux dont la naissance avait fait quelque bruit. La diffusion de nos idées s'accomplit sans fracas, elle fait tache d'huile, et c'est tout ce que nous désirions.

Nos opinions sur les vrais intérêts professionnels ont conquis une place de plus en plus large, et parallèlement nous avons contribué, croyons-nous, à la propagande de la plus saine pratique médicale, aussi éloignée de l'engouement irréfléchi pour toutes les nouveautés qu'elle est disposée à accueillir favorablement les progrès certains. L'antisepsie et l'hygiène, la supériorité de la thérapeutique pathogénique sur la thérapeutique purement symptomatique sont les principaux articles de notre credo médical, comme la nécessité de l'union entre les médecins, la supériorité pratique des œuvres d'assistance confraternelle dont le droit et l'épargne sont la base, sur celles qui découlent uniquement d'une pensée charitable et de la bienfaisance, sont les articles de notre credo professionnel.

Nos lecteurs ont trouvé, comme les années précédentes, les articles de *chirurgie*, *obstétrique*, *gynécologie*, *maladies des voies urinaires*, *ophthalmologie*, *laryngologie* et *rhinologie*, *dermatologie*, rédigés avec le même soin par MM. LEPAGE, DESNOS, RUAULT, TROUSSEAU, GRELLETY.

La *Semaine médicale* a continué à résumer, non pas tous les événements, mais seulement ceux qui nous ont paru dignes d'intéresser notre public. Une sélection est indispensable parmi les choses de chaque jour.

Au sujet des articles de *médecine pratique*, auxquels le secrétaire de la rédaction s'est toujours consacré, l'appel que nous avons adressé l'année dernière à nos lecteurs a été entendu. Nous leur demandions de nous signaler les questions sur lesquelles ils pouvaient désirer être mis au courant de l'état actuel des connaissances médicales ; plusieurs de nos confrères nous ont en effet désigné des points de diagnostic et de thérapeutique qui leur paraissaient mériter des éclaircissements. C'est ainsi que nous avons été amené à étudier sur commande la *neurasthénie*, les *albuminuries*, les *dyspepsies*, la *pneumonie traumatique*, la *prophylaxie et le traitement du choléra*, la *valeur séméiologique des palpitations*, les *kystes hydatiques*, etc. Nous pensons que cette manière de procéder est pleine d'avantages ; elle nous évite de nous creuser la tête pour nous demander ce qui pourra bien plaire à nos abonnés, au risque de nous tromper cependant, malgré notre désir de bien faire, elle ne nous expose plus, comme cela nous était arrivé quelquefois ; de nous être souvent donné beaucoup de peine pour réunir les matériaux d'une étude dont la lecture ne paraissait pas intéressante. Que nos lecteurs sachent que nous prenons note de chacun des désirs qu'ils manifestent ; la réponse n'arrive pas toujours immédiatement, et naturellement nous ne pouvons satisfaire tout le monde à la fois ; mais chacun aura satisfaction à son tour. C'est ainsi que nous avons encore à publier des articles sur la manière d'examiner cliniquement les hystériques et la valeur séméiologique des réflexes, qu'un confrère nous a demandés.

S'il est difficile de contenter, comme dit la Sagesse des nations, tout le monde et son père, il n'est pas aisé non plus de satisfaire tous les abonnés d'un journal, et il est arrivé quelquefois en même temps des doléances de plusieurs lecteurs, l'un trouvant qu'il y a trop de médecine, un autre trouvant trop de chirurgie, un troisième déclarant qu'il ne s'intéresse pas aux syndicats, et un quatrième qu'il ne tient pas à la chronique profes-

sionnelle. Notre prétention ne peut donc être de donner satisfaction complète à chacun ; il faut nous contenter d'espérer que dans chaque numéro chaque lecteur trouvera au moins un article qui l'intéressera.

Un de nos lecteurs nous a demandé de publier des *formules thérapeutiques* assez variées et personnelles en général au journal, de manière à constituer à un moment donné une sorte de *Formulaire du Concours médical*. Nous avons, pensons-nous, comblé ce desideratum dans la mesure du possible. Ce n'est pas à donner beaucoup de formules compliquées et impossibles à retenir que nous nous sommes attachés, mais de préférence des formules simples, claires et adaptées à un but déterminé.

Les *travaux originaux* ne nous ont pas fait défaut cette année plus que les précédentes. On aurait pu craindre que le surmenage professionnel auquel nos confrères ont tous été soumis en décembre 1889 et pendant les premiers mois de 1890 n'eût laissé à aucun d'eux le loisir de recueillir et de publier les cas intéressants de leur pratique ; il n'en a rien été, fort heureusement.

C'est même l'épidémie de grippe qui a fourni l'occasion de plusieurs communications ; citons celle de M. Louis Raynaud sur les *hémorrhagies dans l'influenza*, de M. Bourguignon (d'Ambonnay) sur les *troubles des organes génitaux dans l'influenza*. L'action remarquable exercée sur la menstruation, la fréquence des avortements signalés par notre collaborateur ont été vérifiées par beaucoup de médecins. M. le Dr H. Papail a noté à bord d'un paquebot des cas qui paraissent démonstratifs au point de vue de la *contagion de la grippe*.

M. Garcin, qui est, comme on sait, un des parrains de *l'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie*, nous a indiqué dans quelles conditions cette méthode lui paraît avoir le plus de chances de réussir.

Notre spirituel confère G. Reignier (de Surgères) nous a expédié, sous la forme humoristique que vous lui connaissez depuis longtemps, une poignée de faits cliniques, où se montre sa sagacité diagnostique et son expérience thérapeutique. Il a su dépister des cas d'*intoxication saturnine par l'emploi de couverts d'étain plombifère*, qui, se produisant en pleine épidémie d'influenza avec plusieurs des symptômes de la maladie régnante, auraient pu être méconnus au grand désavantage des patients sans le flair de M. Reignier. Il a pu *guérir par la suggestion hypnotique un cas d'anorexie hystérique* survenue sous le choc d'une vive émotion chez une jeune fille convalescente de fièvre typhoïde. Nous avons applaudi également sa *cure d'une fracture compliquée de jambe avec phlegmon diffus et gangrène chez un vieillard de 75 ans* ; l'amputation fut nécessaire : exécutée par mon ancien et premier maître en chirurgie, le professeur Duplouy (de Rochefort), elle guérit parfaitement grâce aux pansements minutieusement antiseptiques de M. Reignier ; celui-ci a eu l'amabilité de rendre, à cette occasion, un témoignage d'estime au Traité d'Antisepsie dont la paternité incombe à la rédaction du *Concours* et dont les auteurs sont très reconnaissants. Rappelons l'ingénieuse invention qu'a faite notre confrère d'un nouvel appareil à inhalations qu'il appelle *thermo-aéro-thérape*.

M. de Lamallerée (de Varennes-sur-Allier) nous a appris quel bon parti il avait tiré de *l'acide carbonique administré en lavement pour guérir l'asthme des foins* et la *coqueluche*.

Notre ami Grellety (de Vichy) a réuni les cas de *calculs biliaires* expulsés plus ou moins péniblement ou ayant donné lieu à de graves accidents et nous a rappelé fort à propos que, si la chirurgie des voies biliaires, grâce à ses admirables progrès, peut permettre de porter secours à des malades dans des cas en apparence désespérés, on n'aurait pas souvent besoin de recourir à de telles extrémités, si la lithiase biliaire était soignée dès le début comme il convient par l'hygiène et les alcalins. Tous les lecteurs du *Concours* seront avec nous pour remercier l'auteur d'une foule d'instructifs ou amusants *Feuilletons* sortis de la même plume : *Le patriotisme et l'art de formuler ; l'eau filtrée dans les restaurants*, etc., etc.....

M. David (de Sigean) a, comme M. Reignier, utilisé *l'hypnotisme pour guérir une contracture hystérique*, datant de deux mois. Il nous en a depuis communiqué un fait analogue qui sera bublié prochainement. *L'application du forceps sur le siège* n'est guère préconisée par les auteurs. Un fait publié par M. Greffier paraît militer en faveur de son utilité dans certains cas de présentation du siège mode des fesses avec enclavement de ce siège, soit par étroitesse du bassin, soit par volume exagéré du fœtus.)

M. Dubar (d'Armentières) a observé un cas *d'empoisonnement mortel chez un enfant de 5 ans par un lavement contenant une quantité excessive de camphre*, dissous dans l'huile et administré par la mère de l'enfant, sans avis médical, pour détruire les oxyures.

M. H. Oziecki (de Meaux) nous a fait connaître de nouveaux succès qu'il a obtenus dans le traitement de la diphthérie par un mélange de soufre, de tannin et de chlorate de potasse, mélange qu'un pharmacien timoré a refusé d'exécuter comme pouvant être détonant, crainte chimérique, affirme notre confrère.

M. E. Gaillard (de Vierzon) est, lui très sceptique au sujet de toutes les médications réputées spécifiques contre la diphthérie.

M. A. Calmel nous a fait part d'observations qui montrent qu'on peut tirer parti de *l'hypnotisme dans l'art dentaire*.

M. Bitterlin (de Baume-les-Dames) a eu un beau succès dans un cas de *hernie inguinale étranglée, grâce à une ponction faite avec l'aiguille de Pravaz* dans l'anse herniée, la réduction de celle-ci est devenue facile et la kélotomie a pu être évitée.

Notre ami M. Lécuyer (de Beaurieux) ne se laisse pas absorber complètement par ses multiples occupations de secrétaire de l'Union des Syndicats et par la gestion de sa Caisse d'assurances mutuelles contre la maladie qu'il a fondée avec ses confrères du syndicat d'Aisne-et-Vesle. Il nous a communiqué un cas intéressant de *pustule maligne guérie par les applications de sublimé en poudre après excision*, suivant la méthode imaginée il y a plus de 60 ans, paraît-il, par M. Poulain, vétérinaire à Saint-Luperce (Eure-et-Loir).

M. Combaud (de Sancerre) nous a raconté comment il avait extirpé un *cancer ganglionnaire primitif de l'aine*.

M. Decouvelaere (d'Hazebrouck) nous a fourni

de précieux renseignements sur l'*épidémie de vaccine ulcéreuse* de la Motte-au-Bois, à laquelle il lui a été donné d'assister et dont le récit a fort occupé à un moment donné l'Académie.

Les *Congrès* n'ont pas été moins nombreux que l'année dernière ; il y en a eu jusqu'à six en Europe et en France en l'espace de quelques semaines. Nous n'avons pas voulu, et nous n'aurions pas pu, étant donné l'espace si restreint dont nous disposions, analyser toutes les communications qui y ont été faites. Nous avons confiance que notre choix, parmi les questions qui ont été agitées dans ces assises nationales ou internationales, n'a pas été mal inspiré.

Nous ne pouvons faire mention de ces Congrès sans faire allusion à la satisfaction patriotique que nous avons éprouvée à la nouvelle du succès éclatant de la France au Congrès médical international de Berlin. Si le *Concours médical* n'a pas pris part aux discussions qui se sont élevées dans la presse médicale et générale au sujet de l'opportunité de la participation de la France à ce Congrès, c'est qu'il n'y a pas place dans ses colonnes pour les polémiques inutiles. Nous savions pertinemment, avant que la discussion n'eût été ouverte par quelques-uns de nos confrères, que cette participation était résolue par les pouvoirs publics, que plusieurs de nos maîtres les plus éminents, de ceux dont le nom incarne à l'étranger les progrès de la médecine française, s'y rendraient soit par délégation officielle, soit de leur initiative privée ; nous étions certains qu'ils y feraient grande figure.

Les choses se sont passées comme nous les avions prévues. En prenant connaissance de la grande synthèse de pathologie générale sur l'*infection*, l'*immunité* et la *vaccination* que M. le professeur Bouchard a portée au Congrès et que nous avons publiée, en la comparant aux autres manifestations de la pensée médicale anglaise et allemande, représentée par les discours de Koch et de Lister, nos lecteurs ont dû comprendre que la France avait reconquis cette année sa place au premier rang des nations par la philosophie scientifique comme elle l'avait fait l'an dernier par l'art et l'industrie.

Le secrétaire de la rédaction,
Dr P. Le Gendre.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Fistule œsophago-pleurale au cours d'une pleurésie purulente.

M. *Letulle*, agrégé, a fait connaître dans une clinique à l'Hôtel-Dieu une observation curieuse d'ulcération de l'œsophage qui s'est produite insidieusement chez un individu opéré d'un empyème, mais chez lequel ni l'auscultation, ni l'examen bactériologique n'avaient prouvé la tuberculose ; il est vrai qu'il avait eu jadis des hémoptysies. Sans qu'on ait pu s'expliquer par aucune influence mécanique la perforation de la plèvre médiastine et de l'œsophage, on vit les boissons et certains aliments passer de l'œsophage dans la plèvre et sortir par la plaie intercostale (pain, vermicelle, lait, bouillon, jusqu'à un quartier d'orange mâché, effilé, mais reconnaissable). Cette communication anormale s'est faite sans douleur, et l'hypothèse la plus probable, c'est que des lésions tuberculeuses des ganglions sous-trachéo-bronchiques et médiastinaux, qui grâce à la péri-adénite tuberculeuse qui les entoure s'accolent aux parois de l'œsophage, ont déterminé ici quelques diverticules de traction du conduit œsophagien ; l'ectasie et l'amincissement partiel de la paroi œsophagienne ont fini par se fondre avec la paroi purulente de la plèvre médiastine, jusqu'au jour où un aliment un peu rugueux ou la simple progression des lésions caséeuses ont créé la fistule. C'est là un fait aussi curieux qu'exceptionnel. A signaler aussi des accidents convulsifs épileptiformes et comateux qui ont duré plusieurs heures chez ce malade et dont le mécanisme est mal expliqué.

Destruction du virus tuberculeux par des essences évaporées sur de la mousse de platine.

M. *Onimus* pense être parvenu à détruire la virulence du bacille tuberculeux par l'emploi d'essences évaporées sur de la mousse de platine incandescente. En effet, tandis que des lapins et des cobayes, auxquels il a injecté des crachats de tuberculeux, sont, ainsi que l'autopsie l'a démontré, devenus tuberculeux, d'autres lapins et d'autres cobayes, auxquels il a injecté les mêmes crachats, mais préalablement soumis à l'influence d'essences évaporées sur de la mousse de platine, un seul excepté, n'ont pas présenté de lésions tuberculeuses.

Les expériences ont consisté à faire barboter à l'aide d'un aspirateur, dans les crachats maintenus dans des tubes de Liebig, les produits qui se dégagent d'une lampe à mousse de platine, maintenue incandescente par un mélange d'alcool et de différentes essences.

Etudiant ainsi successivement l'essence de térébenthine, celle de thym, de citron, d'eucalyptus, Onimus a constaté que celle de thym était la meilleure de toutes. Quant à l'alcool employé seul, il suffit à atténuer la virulence, mais son action est moins énergique que lorsqu'il est mélangé à des essences. Enfin, l'addition de naphtol au liquide à évaporer n'a donné aucune différence dans les résultats.

Ce sont ses expériences antérieures sur la septicémie qui ont amené M. Onimus à celle qu'il vient de faire sur la virulence du bacille tuberculeux. Pour atteindre ce dernier dans l'organisme, aucun procédé ne lui paraît être aussi avantageux que celui qui permet d'introduire, à la faveur de l'air évaporé, les principes médicamenteux, lesquels pénètrent alors dans les parties profondes du poumon, et modifient heureusement les crachats et détruisent rapidement leur fétidité.

En résumé, il conclut que l'évaporation de certaines essences sur de la mousse de platine incandescente est le moyen le plus énergique et le plus pratique pour *panser* les lésions profondes du parenchyme pulmonaire.

Le tabac et la dépopulation.

M. *Decroix*, président de la Société contre l'abus du tabac, a soumis à l'Académie un travail dans lequel il accuse l'usage abusif du tabac comme un des facteurs de la dépopulation. A l'appui de son opinion, il cite des expériences faites sur les gallinacés : les œufs de poules fécondées par un coq soumis à des inhalations de vapeur nicotinique arriveraient moins souvent à maturité

que les autres. Il faut reconnaître que l'expérience n'est pas de nature à entraîner la conviction. M. Decroix demande que l'Académie émette le vœu de voir interdire aux mineurs de moins de 16 ans l'usage du tabac. M. Brouardel, qui est, comme le savent tous ceux qui l'ont abordé, un intrépide fumeur de cigares, a demandé malignement pourquoi les Allemands sont si prolifiques. Il est peu probable que l'Académie émette le vœu demandé. C'est à force de vouloir trop prouver qu'on ne prouve rien ; si la décroissance de la natalité chez nous tenait à tant de causes successivement invoquées, il faudrait renoncer à y remédier.

La diathèse goutteuse chez les femmes.

M. *Baudon* (de Nice) pense que, si la goutte est relativement rare chez la femme en tant que fluxion articulaire, elle est au contraire fréquente dans le sexe féminin sous la forme de troubles divers des organes innervés par le pneumogastrique, étouffements, palpitations, intermittences cardiaques, angoisse précordiale, qui pourraient faire diagnostiquer, si on n'y prenait garde, des affections du cœur, la dilatation de l'aorte et qui peuvent disparaître sous l'influence des alcalins et du massage. Outre les troubles fonctionnels du pneumogastrique, on peut ajouter, comme M. Malboux, des affections de l'appareil utérin, toutes les formes de troubles menstruels, et les épistaxis, les hémorrhoïdes, l'acné rosée, les migraines, les névroses. Au moment des paroxysmes de ces divers troubles, les urines sont épaisses et rouges, contenant en abondance de l'acide urique. Le sang des règles chez les femmes atteintes de troubles utéro-ovariens d'origine goutteuse contiendrait même de l'acide urique en abondance.

Traitement du rétrécissement de l'œsophage par l'électrolyse linéaire.

M. le Dr J. A. *Fort* a fait connaître, à la dernière séance de l'Académie de médecine, la guérison, par son procédé d'électrolyse linéaire, d'une jeune fille atteinte d'un rétrécissement œsophagien produit par une gorgée de potasse d'Amérique, qu'elle avait avalée par mégarde. Le rétrécissement était infranchissable et la malade, ne prenant plus rien, pas même des liquides, était mourante et tellement amaigrie qu'elle ne pesait que 85 livres. Après sept semaines du traitement de M. Fort, elle est complètement guérie ; elle prend toutes sortes d'aliments et elle a augmenté de 35 livres.

GYNÉCOLOGIE

Du courant galvanique constant en gynécologie.

Le Dr Apostoli a fait au Congrès de Berlin une lecture dont voici les conclusions générales et sommaires :

1°. — Le courant galvanique constant trouve son indication principale en gynécologie dans l'endométrite et le fibrome ; souverain contre les troubles circulatoires et douloureux (aménorrhée, dysménorrhée et métrorrhagie), il est d'un puissant secours pour arrêter l'évolution des néoplasmes bénins et aider à la résorption des exsudats péri-utérins. Il exerce une action résolutive très salutaire dans beaucoup de phlegmasies péri-utérines, et dans certaines ovaro-salpingites catarrhales, mais il est inefficace et même insensible à haute dose, surtout si le pôle intra-utérin est négatif contre les phlegmasies suppurées des annexes.

Son intolérance variable qui grandira avec l'état inflammatoire des annexes, devra servir de précieux moyen de diagnostic pour nous fixer sur l'existence et la nature des collections liquides (hématiques ou suppurées) péri-utérines, méconnues ou simplement soupçonnées, et devra servir à précipiter, dans ce cas, une intervention chirurgicale retardée ou refusée.

2°. — Les effets du courant galvanique constant sont polaires et inter-polaires — l'action inter-polaire trophique et dynamique qui grandit comme le carré de l'intensité débitée, se surajoute à l'action polaire ; celle-ci utilise d'abord chaque pôle dans un but différent qu'Apostoli a fait connaître, l'action calorifique ensuite développée par le passage du courant (pour augmenter la circulation interstitielle) et enfin l'action antiseptique du pôle positif dont Apostoli et Laquerrière viennent de donner la démonstration expérimentale récente.

3°. — *Les applications galvaniques élevées*, employées d'une façon variable, au-dessus de 50 milliampères suivant la tolérance des malades et les multiples indications cliniques forment la base fondamentale de la méthode d'Apostoli et trouvent leur justification :

A). — D'abord dans l'utilisation du *drainage circulatoire*, conséquence directe de l'action calorifique due à la résistance au passage du courant, et proportionnelle au carré de l'intensité ;

B). — Dans l'action *antiseptique* ou microbicide qui grandit avec l'intensité débitée ;

C). — Dans la *rapidité* et *l'efficacité* des effets produits qui sont proportionnels au carré de l'énergie électrique d'après une formule analogue à celle de la mesure de l'énergie des autres forces naturelles : $Q = 1/2 m V 2$.

D). — Dans la *généralisation* plus facile de la méthode aux cas rebelles (fibromes durs et sous-péritonéaux, endométrites fongueuses, etc.), et aux femmes jeunes.

E). Dans *l'éloignement des récidives* qui, toutes choses égales d'ailleurs, seront d'autant moins à redouter qu'on aura fait une application plus intense.

4°. — Si l'application vaginale du courant galvanique (qui est la méthode créée par M. Chéron pour les fibromes seulement, et appliquée depuis par A. Martin, Brachet, Ménière, Onimus, Carpenter, Mundé, etc.), donne des résultats, ils sont très inférieurs à ceux des applications *intra-utérines* qui doit rester la *méthode de choix :*

A). — Parce qu'elle utilise avant tout le maximum du courant débité et de son énergie.

B). — Parce qu'elle utilise l'action antiseptique du pôle positif qui est toute locale et qui s'éteint dans le circuit inter-polaire, et au niveau du pôle négatif.

C. — Parce qu'elle met souvent à contribution l'action dérivative et caustique de l'application intra-utérine, traitant ainsi du même coup, soit l'endométrite simple, soit l'endométrite qui complique si souvent et les fibromes et les phlegmasies péri-utérines, assurant ainsi une guérison plus rapide, plus complète et plus permanente.

D). — Parce qu'elle permet mieux que les applications vaginales d'atténuer la douleur, et de rendre plus tolérable l'emploi des hautes doses, et qu'elle assure enfin une efficacité plus grande en rendant possible un accroissement de l'intensité appliquée et de l'irrigation sanguine qu'elle entraîne.

5°. — Les galvano-punctures vaginales, faites à quelques millimètres de profondeur (de 2 à 5) à l'aide d'un trocart filiforme en or, isolé dans toute son étendue sauf à la pointe, forment le complément souvent très salutaire de la thérapeutique intra-utérine créée par Apostoli, en localisant mieux l'action galvanique, et en rendant plus efficace dans certains cas d'application des doses petites et moyennes.

6°. — L'innocuité de sa thérapeutique intra-utérine s'affirme : d'abord par l'innocuité parallèle des méthodes chimiques et sanglantes de curage intra-utérin, et surtout par les chiffres des statistiques recueillies dans le monde entier, et en particulier par la sienne. — De Juillet 1882 à Juillet 1890, il a fait 11,499 applications galvaniques qui se répartissent ainsi : — 8177 galvano-caustiques intra-utérines positives ; 2486 galvano-caustiques intra-utérines négatives ; 222 galvano-punctures vaginales positives ; 614 galvano-punctures vaginales négatives.

Il a traité **912** malades comprenant : **531** fibrômes, **133** endométrites simples et **248** endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines et qui se divisent en :

Clinique : 313 fibromes, 70 Endométrites simples, 163 Endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines.

Cabinet ou Ville : 218 fibromes, 63 Endométrites simples, 85 Endométrites compliquées.

Il a eu trois décès, imputables à des fautes opératoires (deux galvano-punctures, dont une pour fibrome sous-péritonéal et l'autre pour une ovaro-salpingite, une galvano-caustique pour un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome.)

Il a observé trente cas de grossesses survenues après des applications galvaniques intra-utérines.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Typhlite stercorale et invagination intestinale. Guérison.

Par le Dr H. Lécuyer (de Beaurieux, Aisne).

Le 15 juin 1890, je suis appelé à O. chez la dame R., âgée d'une quarantaine d'années.

Elle se plaint d'être souffrante depuis quelque temps, d'aller difficilement à la selle malgré des lavements répétés et d'avoir complètement perdu l'appétit, mouvement fébrile. Ventre légèrement ballonné.

J'ordonne 40 gr. de sulfate de magnésie, ce qui lui procure des selles abondantes qui la soulagent un peu ; fomentations et lavements émollients.

21 *juin*. — Le ballonnement du ventre a diminué et je constate deux tumeurs dans le bas-ventre ; une de la grosseur d'un œuf à la hauteur de l'ombilic, vers le milieu et une beaucoup plus grosse dans la fosse iliaque droite.

De quelle nature sont ces tumeurs ?

Je pense que ce sont tout simplement des accumulations de matières fécales et j'ordonne un deuxième purgatif qui fait beaucoup d'effet.

Mais les tumeurs subsistent toujours.

23 *juin*. — La malade éprouve des coliques plus fortes, elle est prise de vomissements accompagnés de frissons violents.

Je prescris des bains de siège émollients, des lavements simples suivis de lavements opiacés, l'opium à l'intérieur et le régime lacté.

Que va-t-il se passer ? Vais-je avoir un abcès stercoral, un abcès de la fosse iliaque droite ?

Ces vomissements sont-ils symptomatiques d'une péritonite partielle qui existe toujours dans ces cas, ou bien ai-je affaire à un étranglement interne ?

Il n'y a pas de vomissements fécaloïdes, ce qui prouve que dans tous les cas l'oblitération intestinale par étranglement n'est pas complète ; une partie du lait passe et digère bien, en entretenant une légère diarrhée, ce qui n'est pas un mal.

Jusqu'au 22 juillet, ces symptômes sont les mêmes avec des alternatives de bien et de mal, fièvre, vomissements, diarrhée.

22 *juillet*. — J'ordonne de nouveau 40 gr. de sulfate de magnésie. Selles copieuses, un peu d'amélioration.

11 *août*. — Encore du sulfate de magnésie et pendant quelques jours un grand verre d'une solution de 60 gr. par litre d'eau tous les jours.

A ce moment je ne sens plus qu'une tumeur volumineuse, douloureuse, molle dans la fosse iliaque droite.

Il y a des frissons violents tous les jours. Décidément, j'aurai un abcès, mais s'ouvrira-t-il dans l'intestin ?

Je recommande de garder les selles et de me les présenter à chaque visite.

16 *août*. — Je commence à constater du pus sanguinolent ; les jours suivants le pus coule en quantité.

28 *août*. — Toujours avec un écoulement de pus considérable qui n'a pas tari depuis le 16, le mari me fait voir 6 cotylédons de haricots que sa femme a rendus dans une selle. Ces haricots sont des haricots d'Espagne appelés jacquots dans l'Aisne. Ils sont gros comme des fèves et on ne s'en sert que pour faire la soupe aux légumes, après en avoir ôté l'enveloppe qui est très dure.

Cette femme me raconte que la dernière fois qu'elle a mangé des haricots, (elle se le rappelle très bien), c'était dans *les derniers jours d'Avril*, le jour même où elle a fait ses plantations ; que la soupe ce jour-là n'était pas bien cuite et qu'elle a avalé les haricots tels quels.

Tout s'expliquait, ils s'étaient arrêtés dans le cæcum.

3 *septembre*. — Depuis le 16 août, cette femme rend toujours du pus, mais en moins grande quantité et depuis le 28, il est accompagné de haricots. Pendant ce temps les vomissements cessent et la diarrhée s'accentue.

A tout considérer, il vaut mieux cela ; l'intestin se débarrassera plus facilement.

L'appétit semble revenir, j'ordonne des potages, du vin, et du vin de quinquina.

9 *septembre*. — Depuis quelques jours la malade se plaint que son fondement sort souvent et qu'elle a maintenant de la peine à le maintenir rentré ; je ne trouvais rien d'extraordinaire à cela, mais ce n'était pas son fondement qui sortait.

Ce jour-là, une portion nécrosée du gros intestin mesurant *vingt-cinq centimètres* était éliminée avec une selle ; c'est cette portion intestinale

qui voulait sortir et que la malade rentrait obstinément.

L'étranglement était guéri ; l'abcès stercoral se vidait petit à petit.

Depuis le 28 août, la malade rend dos haricots, elle en rend encore 6 moitiés le 21 et 5 moitiés le 25 septembre. Ce sont les derniers.

Mais la diarrhée a cessé, ainsi que la fièvre, la malade mange bien et commence à se lever. On peut dès lors la considérer comme guérie.

30 *septembre*. — Le mieux s'accentue ; bon appétit, bonnes selles, sommeil excellent. La malade est guérie.

Remarques. — Cette observation est, je crois, curieuse à plusieurs égards.

D'abord cette coïncidence chez le même sujet d'une invagination intestinale causant un étranglement interne et d'une typhlite se terminant par un abcès stercoral.

La cause de cette typhlite n'est pas moins curieuse : l'ingestion de haricots entiers presque crus et sans être mâchés.

J'en ai vu au moins *soixante* et elle en a certainement rendu plus que cela.

On sait que dans le cœcum les matières stercorales dures agissent comme des corps étrangers véritables. Dans le cas qui nous occupe, ces haricots crus ont agi ainsi et ont occasionné ce que Albers en 1839 a appelé judicieusement *typhlite stercorale*.

Les cas les plus communs sont les pepins et les noyaux de fruits, sans parler des véritables corps étrangers, épingles, grains de plomb, verre pilé, petits os, etc. « Il est toujours fort difficile de diagnostiquer la nature des accidents intestinaux, même lorsqu'il y a une tumeur abdominale » (Armand Després.) J'en sais quelque chose : j'étais en présence de deux tumeurs abdominales, et ma malade ne m'avait pas averti qu'elle avait mangé des haricots crus.

Mon pronostic était grave, car quoi qu'il en fût, il pouvait y avoir perforation de l'intestin, péritonite suraiguë et mort.

Mais le traitement a bien réussi dans ce cas si intéressant et que j'ai suivi de près avec d'autant plus d'intérêt que j'ignorais pendant longtemps au juste à quoi j'avais affaire.

Cette occlusion par invagination de l'intestin et la guérison par l'expulsion de la partie invaginée n'est pas extraordinaire, quoique rare, mais ce que je trouve de remarquable, c'est la longueur du bout expulsé (vingt-cingt centimètres).

Conclusion. — Ma malade a eu en définitive une typhlite stercorale et une occlusion par invagination intestinale du gros intestin.

Cette observation prouve que dans ces cas toujours douteux, toujours embarrassants de tumeurs abdominales et d'étranglements internes, par l'expectation armée, en combattant les symptômes au fur et à mesure qu'ils se présentent, on peut avoir de bons résultats et on court certainement moins de risques qu'en ouvrant le ventre pour donner issue au pus ou pour aller chercher, on ne sait où, le bout intestinal étranglé.

On ne doit recourir à ces moyens chirurgicaux que dans l'absolue nécessité, car même avec la méthode antiseptique, l'intervention armée est toujours très grave et donne le plus souvent des mécomptes.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association et Syndicats.

La Société locale de la Mayenne a tenu son assemblée générale le 10 septembre 1890. — Nous extrayons, du compte rendu, les passages suivants :

Messieurs,

Vous lirez l'*Annuaire* ; vous admirerez à juste titre les discours remarquables, les rapports éloquents et démonstratifs, dont, deux après-midi durant, les délégués ont eu la chance de se délecter. Avec tout le respect qu'on doit aux Membres du Conseil général, qui ont été et sont encore nos maîtres dans la science, comme ils restent nos modèles dans la vie professionnelle, permettez-moi de vous dire, en toute franchise, le singulier effet que produit sur un délégué nouveau et candide (c'était mon cas !), le spectacle de ces princes de la science, trônant derrière le tapis vert de l'amphithéâtre de l'Assistance publique. Tout se fait avec tant de majesté ; tout se dit avec tant de solennité académique ! Tout cela est si imposant, que je me suis cru dans l'Olympe, devant l'aréopage des dieux mythologiques, qui foulent les nuages de leurs pieds et se nourrissent d'ambroisie.

On a des membres à élire ; au moment même, on fait circuler une seule liste imprimée. On a à nommer un vice-président, en remplacement du regretté M. Ricord : un seul nom est proposé. Remarquez que tous ces noms sont dignes de nos suffrages. Mais enfin, c'est le « *Sic volo, sic jubeo* » de Jupiter ; c'est un peu la carte forcée.

Vous avez à discuter des questions fort importantes, sur lesquelles des rapports très étudiés, très compétents sont lus en séance. Vous croyez qu'on va vous les distribuer avant la séance ? Pas du tout ; on les distribue pendant leur lecture. Aussi, dans l'*Annuaire*, à côté de la forte musculature des rapports, vous pourrez constater la maigreur étique des discussions. J'ai personnellement demandé que les rapports soient au moins à la disposition des délégués de province, la veille de la première séance. On les ira chercher ; on pourra les étudier et découvrir les points sur lesquels on exposera soit l'avis de sa Société locale, soit son avis personnel.

Une impression que vous éprouverez en lisant l'*Annuaire*, c'est que pas une des questions traitées dans les rapports n'a été soulevée par l'initiative des Membres du Conseil général. Le rapport de M. Motet sur le relèvement des tarifs médico-légaux ? C'est la grève des médecins de Rodez. Le rapport de M. Lereboullet ? Il est fait sur des propositions des Sociétés de la Loire-Inférieure, de l'Oise, du Nord et de la Gironde. Le rapport du Secrétaire, après les articles nécrologiques, ne parle que des luttes des Sociétés locales contre l'exercice illégal de la médecine, sans indiquer ni moyens ni solution.

C'est que, Messieurs, tous nos gouvernants planent dans des régions sereines, ignorants des misères d'ici-bas. Et si vous les aviez vus souri-

re agréablement, comme si on leur racontait quelque bonne histoire, aux récits que leur faisait le Secrétaire des actes de charlatanisme contre lesquels nos Sociétés locales ont eu à se défendre dans l'année qui vient de s'écouler ! Et si vous aviez vu l'air indigné avec lequel le professeur Brouardel m'a lancé une réponse que vous trouverez dans l'*Annuaire*, pour m'expliquer que tout en voulant relever les tarifs médico-légaux comme membre de l'Association, il faisait partie d'une Commission nommée par le Ministre de la Justice, Commission chargée de diminuer les frais de justice !

Voilà pourquoi, Messieurs, il est permis de regretter qu'au Conseil général la province ne soit pas plus représentée : dix membres sur trente-huit et encore dix membres que l'âge, les distances ou les nécessités de la vie tiennent éloignés des séances ou laissent indifférents ou étrangers aux questions sur lesquelles ils pourraient donner des avis pratiques.

Voilà pourquoi il est permis de regretter que ce Conseil général, composé d'hommes qui ne connaissent rien des difficultés pratiques de la médecine, qui font de la médecine, à leurs heures et à leurs prix, que ce Conseil, dis-je, ne se soit pas mis à la tête de tout ce mouvement de justice et de protection. La caisse des retraites est cependant prévue dans l'art. 6 des Statuts ! Et croyez bien, Messieurs, que si les Membres du Conseil général avaient pris l'initiative ou seulement la défense pratique et vigoureuse de tous ces projets : syndicats, caisse des retraites, relèvement des tarifs médico-légaux ; s'ils avaient appuyé ces propositions de leur nom, de leur autorité et de leur situation, il y a beau temps que tous ces *desiderata* des laborieux de notre profession ne seraient plus dans les nuages des rapports. Et dans ces séances on n'entendrait pas toujours parler d'aumônes, de secours aux déshérités ; et à la reconnaissance que nous devons tous aux Membres du Conseil général, qui paient de royales cotisations, s'ajouterait une reconnaissance plus grande encore, car tout le monde y apporterait sa part : la reconnaissance qu'on a pour ceux qui vous défendent et vous aident dans les luttes de chaque jour, sans attendre que vous soyez réduit à la misère pour vous passer la fameuse pension viagère !

J'ai l'honneur, Messieurs, de déposer sur le Bureau les trois vœux suivants, que je prie Monsieur le président de soumettre à vos discussions et à vos votes.

La *Société locale de la Mayenne*, dans sa réunion du 10 Septembre 1890, exprime les vœux suivants, qui sont adoptés à l'unanimité :

1° Que les rapports qui doivent être lus et discutés en Assemblée générale, à Paris, soient expédiés, au moins huit jours avant la première séance, à toutes les Sociétés locales ;

2° Que le Conseil général de l'Association soit formé par moitié de Médecins habitant Paris et de Médecins habitant la province, en ayant soin de choisir ces derniers, de façon que toutes les régions soient représentées ;

3° Mettant en pratique générale la réflexion très judicieuse de M. le Dr Lande (de la Gironde) : « En dehors de la marche qui vous place en avant et nous derrière vous, on n'aboutira qu'au désordre ! », que le Conseil général veuille prendre immédiatement en main tous les projets relatifs à la défense et à la protection des intérêts professionnels, d'où que viennent ces projets, et qu'il prenne l'habitude de demander par questionnaire clair, net et précis, l'avis des Sociétés locales, sur les questions à discuter en Assemblée générale.

La Société approuve absolument la continuation de l'étude de la question « Assurance ou indemnité-maladie ».

La Société s'associe pleinement au vœu de la *Société locale des Landes*, pour une nouvelle organisation de la médecine légale.

M. le Dr Morisset, de Mayenne, demande que toutes les Sociétés locales s'adressent à leurs Députés, pour réclamer la discussion prochaine de la loi sur l'exercice de la médecine, et de la loi sur l'assistance publique dans les villes et dans les campagnes. Pour cette dernière loi il demande l'application générale du système employé dans les Vosges : les communes paient annuellement tant par indigent ; ces sommes centralisées servent à payer le Médecin tant par visite, sur présentation d'un bon apporté par le malade indigent, qui sera libre de choisir son Médecin dans la liste des Médecins qui acceptent ce service. Ces vœux sont adoptés.

M. le Dr Sauvé, de Mayenne, demande qu'en présence de l'action platonique de l'Association générale, les Sociétés locales, tout en restant unies avec l'Association générale, se forment en *fédérations régionales*. Ce vœu n'est pas adopté.

Reprenant une proposition faite à plusieurs réunions précédentes, M. le Dr Cellier, de Laval, demande la formation d'un *Syndicat départemental des Médecins de la Mayenne*. Le Dr Cellier, après avoir expliqué les services que peut rendre un Syndicat, œuvre sœur de l'Association générale, malgré que les Médecins soient jusqu'ici hors la loi, demande qu'on vote sur l'idée d'un Syndicat. Il donne lecture des Statuts du Syndicat de la Loire-Inférieure. A une grande majorité, l'Assemblée décide qu'il y a lieu de fonder un Syndicat, et nomme pour étudier les Statuts et l'organisation une Commission de trois Membres : Dr Cellier, 21 voix ; Dr Chevalier, 19 voix ; Dr Souchu-Servinière, 12 voix.

L'encaisse de la Société au 1er Janvier 1890 a permis d'acheter 30 fr. de rente 3 0/0 au mois d'Avril.

L'avoir de la Société consiste donc en un titre 3 0/0 de 180 fr. de rentes annuelles, plus 3 fr. 60 en Caisse.

Le Président,
Docteur SOUCHU-SERVIGNIÈRE.

Le Secrétaire,
Docteur CELLIER.

Association syndicale des médecins de l'arrondissement de Bar-sur-Aube et des circonscriptions limitrophes.

Assemblée générale tenue à Bar-sur-Aube le 21 septembre 1890.

La séance est ouverte à 3 h. 1/2.

Membres présents : MM. Tacheron, Lebrun (de Bar-sur-Aube) ; Camps, Vaudey (de Brienne), Adeline, Lemoine (de Dieuville) ; Herment, Marteret (de Vendeuvre) ; Pesme (de Ville-s.-Terre ; Lutier (de Clairvaux) ; Gabriel (de Chavanges) ; Dauvey (de Colembey-les-Deux-Eglises).

Membres absents qui se sont excusés par lettre : MM. Millot (de Chavanges) ; Raison (de Lusi-

gny); Perret (de Vitry-le-Croisé); Viard (de Vendeuvre).

MM. les docteurs Dauvey (de Chaumont) et Boudes (de Bône-Algérie) assistaient à la séance, mais n'avaient pas voix délibérative.

Le bureau provisoire est ainsi composé :
Président : M. le Dr Herment.
Vice-Président : M. Camps.
Secrétaire : M. le Dr Vaudey.

M. le Président fait alors procéder à la lecture du projet de statuts élaboré par la commission d'organisation. Ces statuts, qui comprennent 20 articles, sont adoptés, sans discussion, à l'unanimité.

Le règlement de certains petits détails est laissé à l'initiative du bureau définitif qui sera nommé à la fin de la séance.

M. le Dr Lutier demande alors qu'il soit passé à la discussion d'un tarif minimum d'honoraires. Un tarif d'honoraires est adopté. Ce tarif sera imprimé sous forme de tableau synoptique et remis à chaque membre qui pourra, à son gré, l'afficher dans son cabinet de consultation. Des mesures spéciales sont également arrêtées pour le recouvrement uniforme des honoraires.

L'assemblée décide que, désormais, *les soins à donner aux indigents seront à la charge des communes*. Une circulaire émanant du syndicat sera adressée à toutes les municipalités pour les prévenir de cette détermination et leur demander des propositions de tarifs d'honoraires réduits qui seront examinées ultérieurement.

Élection du bureau définitif.
12 votants.

Président.

M. Tacheron, 11 voix.
M. Lebrun, 1 voix.
M. le Dr Tacheron est élu Président.

Vice-Président.
1er tour de scrutin.

M. Vaudey, 6 voix.
M. Camps, 4 voix.
M. Pesme, 2 voix.

2e tour de scrutin.

M. Vaudey, 11 voix.
M. Pesme, 1 voix.
M. le Dr Vaudey est élu Vice-Président.

Secrétaire-Trésorier.

M. Lebrun, 11 voix.
M. Marteret, 1 voix.
M. le Dr Lebrun est élu Secrétaire-Trésorier.

Avant de lever la séance, l'assemblée décide qu'une réunion extraordinaire aura lieu avant la fin de l'année 1890.

La séance est levée à 6 h.

Membres du syndicat.

Arrondissement de Bar-sur-Aube.

MM. Lebrun, à Bar-sur-Aube. — Tacheron, à Bar-sur-Aube. — Herment, à Vendeuvre. — Marteret, à Vendeuvre. — Viard, à Vendeuvre. — Camps, à Brienne. — Vaudey, à Brienne. — Adeline, à Dieuville. — Lemoine, à Dieuville. — Pesme, à Ville-s.-Terre. — Lutier, à Clairvaux.

Circonscriptions limitrophes

MM. Gabriel, à Chavanges. — Millot, à Chavanges. — Perret, à Vitry-le-Croisé. — Raisin, à Lusigny. — Dauvey, à Colombey-les-Deux-Eglises, (Haute-Marne).

Le soir, un banquet confraternel, offert par le comité d'organisation, réunissait à l'hôtel Saint-André tous les membres présents à la réunion.

Le Secrétaire,
Dr Lebrun.

REPORTAGE MÉDICAL

Cours d'accouchements. — MM. les Drs A. Boissard et G. Lepage commenceront le lundi 10 novembre un cours *théorique* et *pratique* d'accouchements.

Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours, à 5 heures, dans la salle des conférences de l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles.

Il sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

— En Espagne le choléra continue sans augmentation notable des cas et sans irradiations autres qu'à Barcelone.

On a signalé, à *Lunel*, deux cas jusqu'à ce jour. Les désinfections continuent ; est-ce à elles qu'il faut attribuer notre indemnité relative, ou au génie peu expansif de l'épidémie d'Espagne ?

Impôt sur les spécialités pharmaceutiques, hygiéniques et eaux minérales. — Le ministre propose l'adoption d'un timbre de garantie qui coûterait 10 centimes pour les produits de 2 fr., 20 centimes de 2 à 5 fr., 30 centimes au-dessus de 5 fr. Eaux minérales naturelles franches de droit ; eaux étrangères soumises au timbre.

Les spécialités françaises, destinées à l'exportation, seraient soumises à une redevance moins élevée que celles qui se vendent en France.

On avait dit : *plus d'impôt* et en voici un sur lequel tous les membres de la commission spéciale se sont trouvés d'accord pour l'accepter.

Voilà un commerce florissant, malgré les tentatives parfois couronnées de succès, des concurrents allemands et autres. Et on n'hésite pas à imposer, à ce commerce, une contribution spéciale payée d'ailleurs, déjà, par les matières premières qu'il emploie.

On dit bien que les produits destinés à l'exportation seront moins chargés. Espérons-le ; car dans le cas contraire, on tuerait la poule aux œufs d'or. Et voilà déjà l'*Espagne*, grosse consommatrice, qui parle d'imposer les produits français à leur entrée.

On dit que les bénéfices des spécialistes sont énormes. Cela peut être vrai pour quelques produits exceptionnellement adoptés par tout le monde médical.

Mais en est-il de même pour la généralité des spécialités ? Nous ne le croyons pas, car elles passent par tant de mains avant d'arriver au consommateur, que bon nombre de spécialistes n'ont pas de leurs capitaux engagés dans l'affaire, un intérêt qui dépasse 10 à 15 pour cent. Imposera-t-on aussi, chez le pharmacien, tous les produits similaires des spécialistes, qu'il spécialise sous son nom et qui ne sont que des trompe-l'œil, des imitations des marques de fabrique sérieuses, qui ont fondé la renommée des produits français ?

Nous aurions encore bien des points à signaler à nos législateurs, avides de se précipiter sur un nouvel impôt, pour boucler le budget.

En tout cas, les spécialistes, si l'impôt est adopté, verront leurs produits consacrés par le timbre ; il protégera les bonnes marques et servira de sauf-conduit aux mauvaises.

On devrait bien ne pas trop se hâter et ne pas faire une œuvre dangereuse ; pour cela, le gouvernement devrait consulter, après les intéressés, ceux qui peuvent l'éclairer impartialement.

— Le maire du 13e arrondissement M. *Duval*, s'est plaint de ce que les médecins ne lui indiquaient pas les cas de maladie contagieuse nécessitant la *désinfection*. Cela tient à ce que, dans ces circonstances, le médecin s'expose à des actions en dommages et intérêts (témoin le fait énoncé par le Dr Bouloumié, à la Société de médecine publique le 22 octobre) ; à ce que la désinfection est coûteuse et qu'en outre elle peut altérer le mobilier et les vêtements ; qu'étant une mesure d'intérêt public elle devrait être gratuite et indemniser les dégâts causés au désinfecté. Ces raisons et la façon absolument défectueuse dont les désinfections sont pratiquées dans le 13e arrondissement expliquent aisément que 4 médecins seulement aient répondu aux lettres, en blanc, qui ont été adressées par les soins du maire, affranchies et avec adresse.

Dans cette séance du 22 octobre la Société de médecine publique s'est émue des faits de contagion de la diphthérie, racontés par M. Penard et divers orateurs. Elle a reconnu l'urgence des modifications à apporter à la loi qui régit le secret professionnel, pour rendre obligatoire la *déclaration des maladies épidémiques et contagieuses*.

NÉCROLOGIE

Nous avons une pénible nouvelle à apprendre à nos lecteurs : M. le Dr Leroy (de Villiers-le-Bel), Chevalier de la Légion d'honneur, médecin en chef de la maison d'Ecouen, président pour 1889 de l'*Union des Syndicats médicaux* a succombé à une douloureuse maladie. Ses obsèques ont eu lieu, au milieu d'un nombreux concours de clients et d'amis, le lundi 27 octobre.

Le directeur du *Concours*, en sa qualité de *vice-président de l'Union* est allé rendre au regretté Leroy, un suprême hommage et il a associé dans ce témoignage les deux présidents de l'Union que nous regrettons tous, MM. Margueritte (du Havre) et Leroy, deux hommes de devoir, deux hommes de bien, aimés et estimés par tous ceux qui les ont connus.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4.

Hygiène des familles, du Dr CORIVAUD. — Nous n'avons pas à présenter de nouveau à nos lecteurs, l'auteur de cet intéressant ouvrage, destiné au public et que le médecin peut lire avec quelque profit. Il traite de l'*hygiène individuelle* et du fonctionnement des divers appareils, et ensuite de l'*hygiène sociale*, dont le médecin est le grand-prêtre. M. Coriveaud aborde bien des questions intéressantes dans son ouvrage publié chez Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille. (Prix : 3 fr. 50.) On peut se le procurer chez l'éditeur du Concours.

I. *L'amour morbide* a le succès prévu, en un mois le premier mille a été épuisé. Voici ce qu'en dit le *National* :

L'Amour Morbide, étude de psychologie pathologique, par le Dr Emile Laurent, un vol. in-12. Prix 3 fr. 50.

L'auteur des *Habitués des prisons de Paris*, ce livre si documentaire que M. Henri Fouquier, dans une de ses chroniques du *Figaro*, comparait aux « écrits terribles des prophètes d'Israël », vient de faire paraître à la Société d'Editions Scientifiques un second volume qui a pour titre l'*Amour morbide*.

On retrouve dans cet ouvrage le même observateur implacable qui scrute tout, analyse tout, dit tout. Le docteur Laurent porte le scalpel sur toutes les plaies, il les étale dans toute leur hideur : c'est la part du savant ; puis il les examine, et porte le diagnostic et le pronostic, c'est la part du philosophe, philosophe indulgent et doux, compatissant aux misères morales et sociales. Ses livres appellent la miséricorde et non le châtiment.

Voici le titre des chapitres les plus curieux :

L'amour harmonique et l'amour morbide. L'amour platonique. Le paradis de Mahomet et le paradis de Jésus. L'amour morbide dans l'antiquité. Les sortilèges en amour. Origines étiologiques de l'amour morbide.

Le syndrome amour. L'amour morbide chez les dégénérés supérieurs. Histoire d'un déséquilibré de l'amour. La cristallisation en amour. L'amour morbide dans la débilité mentale. Histoire de la petite prostituée Anna. L'amour morbide chez les imbéciles. Les érotomanes. L'amoureux de Mlle Van Zandt. Le culte de la vierge et l'érotomanie religieuse.

Le fétichisme en amour. L'amoureux de la main, des yeux, des cheveux. Amoureux du petit doigt d'une brodeuse. Les voleurs de nattes. La fille aux longues tresses. Les parfums en amour. Les agenouillées. L'amour azoophilique. Les reliques d'amour. Nonnes de trottoir. L'amoureux des tabliers blancs, des clous de souliers. Les voleurs de mouchoirs. Les amoureux des statues. Les nihilistes de la chair. Les épouses du Christ. Les amoureux des enfants. Génitaux épuisés à la recherche de filles vertes. La jalousie morbide. Du meurtre par amour. Histoire de Léa et de son souteneur. Du suicide par amour. L'amour morbide dans la littérature. Son traitement.

Ecrit dans un style élégant et facile, ce livre peut être lu par tous ceux qui s'intéressent aux questions de psychologie.

Nota. — Adresser 2 fr. 80 à notre éditeur pour recevoir l'*Amour morbide* franco.

II. *Les Viandes Américaines*, par le Dr Prosper de Piétra Santa, secrétaire de la Société française d'hygiène. Une brochure in-8° de 24 pages. Prix : *Un franc.*

III. *Du Coryza chez les enfants du premier âge* (ouvrage couronné par la Société protectrice de l'enfance), par le Dr E. Boutiron.

« Tout leur est aquilon ! »

Prix.............................. 1 fr. 50

Remise de 20 % à Messieurs les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André,
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 45 | 8 Novembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Assemblée générale du dimanche 9 novembre, au « Grand-Hôtel ».

A 2 heures : *Séance du Bureau de l'Union des syndicats.*

Présidence du Dr *Barat-Dulaurier*, président.

Ordre du jour :

1° Allocution du président.
2° Renouvellement du bureau.
3° *a*) Assistance publique ; *b*) Déclaration des maladies contagieuses.
4° Revision de la loi de mars 1884 sur les syndicats.
5° Sociétés d'assurances contre les accidents.
6° Exercice de l'art dentaire.
7° Propositions.

A 4 heures : Séance du *Concours Médical*. Présidence du Dr *Cézilly*, directeur.

Ordre du jour :

1° Allocution du directeur.
2° Exposés des membres du conseil de direction.
3° Indemnité de maladie.
4° Revision de la législation.
5° Propositions. Vote du budget.

A 7 heures, banquet.

Après le banquet, *intermède artistique*.

Chers confrères,

Nous avons reçu la lettre suivante de M. le Dr Bénard. Comme elle s'adresse aux œuvres du Concours, il nous convient de la publier avant l'*Assemblée générale* ; c'est une invitation à y assister.

Saint-G., le 1er novembre 1890.

Monsieur et cher confrère,

Je me faisais un devoir d'aller, cette année encore, assister à l'assemblée du Concours. Vous me dites que je ne saurais vous donner un témoignage de sympathie plus effectif ; l'accomplissement du devoir se doublera, dès lors, croyez-le bien, cher Confrère, de la satisfaction que j'éprouverai de vous être personnellement agréable. J'aurai infiniment de plaisir à vous serrer la main, à vous le champion désintéressé, courageux et persévérant de la cause qui intéresse si vivement tout le corps médical. Vous avez, soyez-en convaincu, beaucoup d'amis comme moi qui suivent avec intérêt vos travaux et font les vœux les plus ardents pour que vos efforts aboutissent, pour que les campagnes vigoureusement menées par vos ardents collaborateurs et par vous se terminent par de brillantes victoires. Tous ces amis-là, les obscurs, les timides, n'ont pas besoin de se montrer, puisque tout va, lentement peut-être, mais enfin pas à pas vers les solutions désirées. Cependant, *le jour où vous en auriez besoin, le jour où il serait utile de faire une démonstration, en nombre*, je suis bien sûr que vous n'auriez qu'à parler, nous vous entourerions tous, en masses serrées, vous le vaillant porte-drapeau de nos revendications, le défenseur né de nos intérêts professionnels.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments,

Dr Th. Bénard.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Varices œsophagiennes et hématémèses dans l'alcoolisme chronique.

M. *Letulle* a présenté à la Société des hôpitaux (17 octobre) l'observation d'un homme de 40 ans environ, alcoolique, chez lequel des hématémèses abondantes avaient fait faire le diagnostic d'ulcère rond de l'estomac. La maladie avait débuté, en 1886, par une ascite spontanément guérie au bout de quelques semaines. Quand le malade entra à Tenon, il y a deux ans, M. Letulle nota une tuméfaction considérable de la rate ; le foie avait un volume normal. Les hématémèses présentaient des caractères tout particuliers ; elles étaient régulièrement espacées, apparaissaient tous les deux mois et étaient précédées par une sensation de malaise, des poussées congestives abdominales, des douleurs irradiées aux deux membres supérieurs ; enfin elles étaient très abondantes ; c'était un flot de sang sortant tout à coup par la bouche et par le nez, et sans jamais être mélangé à des aliments. Ce n'étaient donc point des hématémèses véritables. M. Letulle fit le diagnostic de cirrhose atrophique avec varices œsophagiennes. Il y a quelques mois, le malade eut une pleurésie droite et mourut d'une œsophagorrhagie très abondante. A l'autopsie : foie légèrement gras, un peu pigmenté au niveau des zones périsus-hépatiques. Rate, 600 grammes, cirrhotique. Péritonite sus-ombilicale, mésentéro-épiploïte. Thrombose de la veine grande mésaraïque et de la petite mésaraïque au niveau de leur terminaison. Varices œsophagiennes énormes occupant le siège classique.

Cette observation démontre que, si les varices de l'œsophage relèvent, dans l'immense majorité des cas, de l'alcoolisme chronique, il s'en faut que le mécanisme de leur développement soit clairement élucidé. La cirrhose hépatique, qui est notée comme cause directe de l'ectasie des veines œsophagiennes, n'est cependant pas la lésion constante ; l'observation de M. Letulle le prouve. Il faut donc rechercher, en dehors du foie, au voisinage même des organes qui reçoivent les premiers l'alcool et qui sont les premiers à en souffrir, les causes capables : 1° de ralentir le cours du sang dans le système porte ; 2° de menacer l'intégrité même des parois veineuses.

Or, dans la plupart des cas de varices œsophagiennes, on a oublié de noter l'état des veines mésaraïques et l'état du péritoine périgastrique, pré-pancréatique, et du tissu cellulaire qui le double. Les veines d'origine de la veine porte et, plus haut, la veine porte elle-même, immobilisées, entourées par les lésions inflammatoires, soumises à une stase passive, s'enflamment, se thrombosent, ouvrant ainsi le champ aux circulations collatérales. La dilatation passive subie par les veines gastriques et œsophagiennes n'est pas la seule cause de leur ectasie ; l'alcool, en effet, exerce sur les parois de ces veines une action directe ; il les enflamme, les sclérose, et favorise aussi la formation des varicosités.

Hémorrhagies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose hépatique.

M. *Debove* a étudié, avec M. Courtois-Suffit, les hémorrhagies gastro-intestinales survenant dans le cours de la cirrhose atrophique et de diverses maladies du foie. Leur fréquence, l'époque de leur apparition, leur pathogénie n'ont pas été, jusqu'à présent, suffisamment étudiées. M. Debove présente deux observations personnelles et des observations prises dans différents auteurs : Hanot, Murchison, Dussautoy, Leroux, Balzer, Lecorché, Reitmann, Lancereaux, etc. De toutes ces observations on peut tirer les conclusions suivantes : 1° On observe fréquemment dans la cirrhose hépatique des hémorrhagies profuses, gastriques ou gastro-intestinales ; 2° Ces hémorrhagies sont une complication grave pouvant entraîner rapidement la mort ; 3° Elles précèdent souvent l'ascite, c'est-à-dire se produisent à une période où la cirrhose est difficilement diagnostiquée ; aussi sont-elles souvent attribuées à un ulcère simple de l'estomac.

Pour expliquer la pathogénie de ces hémorrhagies, on peut les attribuer soit à une altération humorale, soit à un obstacle au cours du sang, soit enfin à une altération des capillaires, à la rupture des varices œsophagiennes, à une congestion dans le domaine de la veine porte. La théorie humorale est insuffisante ; elle peut expliquer des hémorrhagies se produisant dans le tube digestif, alors que les autres organes n'en présentent pas. La gêne de la circulation dans le foie pourrait être invoquée, mais il faut remarquer qu'il ne survient pas d'hémorrhagies à la suite de la ligature des gros troncs veineux ni après leur oblitération par un caillot ; d'ailleurs, dans la cirrhose, l'hémorrhagie survient le plus souvent à la période pré-ascitique, c'est-à-dire à un moment où la gêne circulatoire n'est pas portée à son maximum ; aussi, tout en admettant que l'obstacle circulatoire joue un rôle considérable, on ne peut lui attribuer un rôle exclusif.

Y a-t-il une altération des capillaires de l'estomac et de l'intestin produite par l'action directe de l'alcool ? Cette altération est hypothétique, et, fût-elle démontrée, elle expliquerait tout au plus la production d'ecchymoses sous-muqueuses et non une hémorrhagie abondante. La rupture des varices œsophagiennes n'existait que dans un petit nombre de cas.

On est ainsi amené à l'hypothèse d'une congestion intense dans le système de la veine porte ; voici les raisons sur lesquelles s'appuie M. Debove. La pression du sang est à peu près constante dans le système artériel, malgré de nombreuses influences qui devraient la faire varier. Ainsi, à la suite de l'ingestion d'une grande quantité d'eau, la pression artérielle ne varie guère ; cette constance de la pression est due à certains appareils régulateurs, à certaines parties du système veineux qui peuvent loger des quantités considérables de liquide. C'est surtout la veine porte qui joue ce rôle. Or, les recherches de Ludwig et Cyon ont démontré que, si on sectionne les nerfs splanchniques, la pression artérielle baisse rapidement et considérablement par l'élargissement des vaisseaux abdominaux ; si on excite les bouts périphériques, la pression s'accroît, au contraire, d'une façon considérable et rapide. Le système vaso-moteur abdominal a donc une sorte de fonction spéciale qui fait que l'on peut observer dans son domaine, sous des influences nerveuses, une congestion plus intense que dans d'autres départements vasculaires. Chez un individu sain cette congestion ne donnera pas lieu à

une hémorrhagie, parce que le foie peut loger des quantités considérables de sang, et que le passage du sang dans la veine cave est facile. Mais si le foie est cirrhosé, il n'en est plus de même ; survienne alors une congestion intense dans le système porte et l'hémorrhagie se produira.

Cette hémorrhagie survient moins souvent à une période avancée de la cirrhose, probablement parce que l'ascite exerce une contre-pression, et parce que les malades sont alors très anémiés. Habituellement la rupture se fera dans les capillaires de la muqueuse et, à l'autopsie, on ne pourra constater les lésions par le fait de leur ténuité et de leur multiplicité. S'il existe un point où une lésion antérieure ait amené une moindre résistance du système porte, c'est en ce point que se fera la rupture ; c'est ce qui a lieu dans le cas de varices œsophagiennes. Si le tronc même de la veine-porte est malade ou moins résistant, il pourra se rompre ; c'est ce qui a eu lieu dans plusieurs cas.

M. *Rendu* accepte la théorie de M. Debove comme la plus rationnelle pour expliquer ces hémorrhagies survenant au cours d'une cirrhose hépatique et d'autres affections du foie. Les thromboses veineuses jouent sûrement un rôle, mais ce n'est pas le rôle principal, puisqu'on a vu des oblitérations complètes de la veine-porte sans hémorrhagies ni ascite. D'ailleurs, dans la cirrhose hépatique, la gêne de la circulation-porte n'est pas absolument prouvée. Les lésions du péritoine sont au contraire extrêmement importantes ; l'irritation permanente d'une région, où les divisions des nerfs splanchniques sont si abondantes, peut en effet, par action réflexe, provoquer des congestions intenses allant jusqu'à l'hémorrhagie. M. Rendu pense même que l'on doit expliquer de semblable façon les hémorrhagies de la muqueuse intestinale, dans le cours de la fièvre typhoïde par exemple ; il n'a, en effet, jamais pu trouver des ruptures de vaisseaux importants chez des typhiques morts d'une hémorrhagie intestinale.

Traitement des pleurésies purulentes.

M. *Fernet* estime que le procédé des ponctions suivies d'injections intra-pleurales antiseptiques est rationnel, puisqu'il satisfait à la double indication d'évacuer le liquide épanché et de combattre l'infection dans son foyer. Les indications de ce procédé sont relatives au siège, à l'étendue, à la nature de la pleurésie purulente.

Les pleurésies purulentes limitées, circonscrites, à foyer unique, sont surtout justiciables de ce procédé, qui s'impose quand le foyer est profond, par exemple dans les pleurésies diaphragmatiques, interlobaires, médiastines.

Relativement à leur nature, ce sont les pleurésies à pneumocoques et tuberculeuses qui réclament la ponction ; la thoracotomie est plus souvent nécessaire dans les pleurésies putrides et les gangréneuses.

On peut appliquer de deux façons le procédé des injections intra-pleurales : 1° injections sans évacuation préalable du liquide épanché ; 2° injections précédées d'une évacuation de ce liquide. Le premier mode convient surtout à titre préventif pour s'opposer au développement de la purulence, de l'infection d'un épanchement. Le second est curatif, il détruit l'infection du foyer morbide.

Parmi les substances que l'on peut employer pour les injections, les antiseptiques solubles (sublimé, chloral, chlorure de zinc, etc.) sont surtout utiles pour les lavages ; les antiseptiques insolubles (naphtol, créoline, etc.) doivent être employés toutes les fois qu'on veut laisser l'antiseptique à demeure dans la cavité pleurale.

M. *Laveran*, répondant à M. Fernet, fait remarquer que les faits qui plaident en faveur de l'emploi des ponctions suivies des injections antiseptiques sont bien peu nombreux. Si cette méthode donne de bons résultats dans des cas de pleurésies partielles et à pneumocoques, il n'en faut pas conclure qu'elle doit être employée dans des cas de pleurésie purulente totale, et surtout dans les pleurésies à streptocoques. Les faits prouvent que la thoracotomie est alors absolument indiquée ; il faudra la pratiquer tout de suite et ne point essayer, comme le propose M. Fernet, des ponctions répétées qui sont toujours inutiles et quelquefois même nuisibles, ne serait-ce que parce que la thoracotomie tardive se fait dans des conditions moins favorables.

Anurie calculeuse ; mort par angine de poitrine.

M. *Féréol* avait donné au mois de février dernier des soins à un malade atteint d'anurie calculeuse. A cette époque, l'anurie s'était terminée, au commencement du neuvième jour, par l'émission de dix litres d'urine. Après cette crise, le malade eut une violente attaque de goutte qui dura jusqu'à la fin du mois de mai ; puis la santé revint et tout régime fut abandonné. Mais bientôt de petits graviers apparurent dans les urines et des douleurs assez vives se firent sentir au niveau du rein droit. Le 3 juillet, urines rares et sanguinolentes ; le 4, douleurs très fortes, vomissements, quelques cuillerées d'urine, puis anurie complète.

Bientôt, douleurs intermittentes partant du rein droit, suivant le trajet de l'uretère, et s'accompagnant de nausées et de vomissements, pouls lent (44 puls.), température normale, diarrhée dès *le quatrième jour* ; c'est à peu près le tableau de la première crise d'anurie. Le traitement est aussi le même : lait, caféine, ventouses, électricité, oxygène. Vers le neuvième jour, l'haleine devient très fétide, les fonctions cérébrales commencent à se troubler, le pouls s'accélère, la température baisse (36°4) ; le malade tombe bientôt dans une sorte de coma entrecoupé de réveils en sursauts et de secousses électriques dans tout le corps ; pas de céphalalgie ni de contraction des pupilles ; le soir même, une amélioration sensible se manifeste, la lucidité revient. Mais, le lendemain, après une nuit mauvaise, le malade est repris du sommeil stertoreux, la face est bouffie, tachée de marbrures ; les pupilles sont contractées ; vers la fin de la journée, le malade est pris d'un accès violent d'angine de poitrine et meurt.

M. Féréol fait remarquer, dans cette observation, l'absence de céphalalgie et l'apparition tardive de la contraction pupillaire ; les secousses fibrillaires des membres ont, au contraire, apparu dès le huitième jour. De plus, la crise finale d'angine de poitrine n'a pas encore été signalée, même dans l'excellente thèse de M. Merklen sur l'anurie calculeuse.

Paralysie faciale hystérique.

M. *Chantemesse* présente trois malades atteints de paralysie faciale d'origine hystérique ; c'est une paralysie légère, une parésie faciale, portant seulement sur le facial inférieur ; la réaction électrique est normale. Cette parésie peut siéger sur l'un ou l'autre côté, ou être double ; le malade présente alors un masque facial qui lui donne un air d'hébétude caractéristique. Les trois malades de M. Chantemesse sont réellement des hystériques ; tous trois sont atteints d'une monoplégie brachiale siégeant du même côté que la parésie faciale ; de ce côté, la sensibilité cutanée et sensorielle est, en outre, fortement altérée. Il faut aussi noter un affaiblissement marqué des facultés intellectuelles ; la mémoire surtout est atteinte. Le début de ces parésies faciales a été brusque ; la guérison se fait graduellement.

M. *Féré* pense que les troubles de la motilité de la face sont moins rares qu'on ne le croit chez les hystériques ; ils s'associent très souvent à des troubles de la motilité de la langue, distincts du bégaiment hystérique, et qui passent souvent inaperçus à cause de la difficulté d'exploration. M. Féré a pu étudier ces troubles et constater une diminution considérable de la force de la langue et de la rapidité de ses mouvements.

M. *Ballet* dit que la paralysie faciale hystérique n'est pas rare, et on peut en trouver de plus prononcées que celles que M. Chantemesse vient de présenter. Ainsi, chez un malade du service de M. Proust, dont l'observation se trouve dans le travail de MM. Brissaud et Marie sur l'hémispasme facial, on constate, à certains jours, du côté opposé à l'hémispasme, une paralysie très nette dans le domaine du facial inférieur.

Cependant, en dépit de ces faits, cette loi, formulée par Todd, que « l'hystérie n'attaque pas la face », reste vraie. Dans les cas de M. Chantemesse, en effet, comme dans tous les autres, il ne s'agit pas d'une paralysie faciale véritable, comparable à celle que provoque, par exemple, une hémorrhagie cérébrale ; la paralysie de nature hystérique a des caractères spéciaux qui la différencient très nettement : c'est d'abord sa légèreté que M. Chantemesse a bien fait remarquer, et, en outre, sa variabilité. Des parésies faciales transitoires et variables, voilà ce que produit l'hystérie. M. Ballet fait remarquer, enfin, combien ces parésies faciales hystériques se rapprochent des parésies faciales survenant dans le cours du goître exophthalmique.

Mesures sanitaires pour combattre la propagation des maladies contagieuses.

M. *de Valcourt* a fait connaître à l'Académie les mesures qui ont été prises en Angleterre, et aux Etats-Unis surtout, pour isoler les maladies contagieuses.

En Amérique, tout médecin appelé auprès d'un malade atteint de maladie contagieuse est tenu, sous peine d'une forte amende, d'en faire la déclaration dans les vingt-quatre heures à l'autorité. Il remplit et expédie une carte postale dans laquelle se trouve le nom du malade, sa résidence, sa maladie, le nombre des personnes qui habitent la même maison. Les propriétaires et maîtres d'hôtel doivent, sous peine d'amende, notifier l'apparition, chez eux, des maladies infectieuses. New-York a dix médecins-inspecteurs qui ont chacun un district particulier. Dès que la notification d'un cas de maladie contagieuse est arrivée, le médecin-inspecteur lui-même doit aller visiter la maison contaminée et veiller à ce que toutes les mesures, très explicites, ordonnées par le code sanitaire, soient prises tant pour l'isolement du malade que pour la préservation du voisinage. De plus, le médecin-inspecteur visite l'appartement et vérifie ses conditions sanitaires. Si des travaux d'assainissement y sont jugés nécessaires, ils sont indiqués par lui et doivent être immédiatement exécutés.

A New-York, tous les propriétaires sont obligés de faire approuver par l'autorité l'installation des latrines et tous les travaux de plomberie. Dans le cas où une boutique ou tout autre établissement public est en communication directe avec le local habité, la fermeture en est ordonnée.

Lorsque le malade n'est pas soigné chez lui, il est transporté à l'hôpital gratuitement dans des voitures spéciales, lesquelles sont désinfectées à chaque voyage. Il est interdit de se servir, pour transporter les infectieux, des voitures publiques ordinaires, sans avis préalable et sans s'être engagé à payer les frais de la désinfection et la perte de temps du cocher. Quand un malade, soigné chez lui, est guéri, on doit prévenir l'autorité sanitaire, qui fait désinfecter les locaux.

La France en est loin d'avoir une pareille organisation.

Le secret médical est imposé par la loi. M. Brouardel estime que ce secret n'est pas obligatoire en ce qui concerne les maladies contagieuses. Cette manière de voir est très contestable, et, en tout cas, il y a fort loin entre avoir *le droit de parler* ou avoir *l'obligation de faire la déclaration.*

M. de Valcourt a pu constater par lui-même qu'à Paris le service de surveillance des maladies contagieuses est très mal fait. Sa réglementation officielle a laissé de côté la scarlatine, la diphthérie, la rougeole. Le commissaire de police n'a aucune autorité pour faire désinfecter. En cas de décès par une maladie contagieuse, la Préfecture de police n'a aucune action sur le service des pompes funèbres, lequel dépend de la Préfecture de la Seine. Or, les deux administrations ont le moins possible de rapports ensemble.

Comme conclusion de ce travail, l'auteur émet le vœu que l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence qu'il y aurait :

1° A rendre la déclaration des maladies contagieuses obligatoire pour les médecins, les familles, les propriétaires et maîtres d'hôtel, et cela avec sanction pénale, comme en ce qui concerne les déclarations de naissance ou de décès ;

2° A prescrire des mesures d'isolement et à les rendre obligatoires ;

3° A ordonner la désinfection des locaux et des objets ayant été contaminés par les malades et à faire vérifier par les médecins de l'état civil si ces règlements sont exécutés.

Le sanatorium du Canigou, au Vernet, pour la cure de la phthisie par la vie au grand air.

Nous avons fait connaître à nos lecteurs à plusieurs reprises les bons résultats obtenus en Allemagne dans les sanatoria dont le type est celui que dirige à Falkenstein le Dr Dettweiler. De tels

établissements manquent dans notre pays, ou plutôt ils manquaient. Car nous sommes heureux de constater que maintenant la France en possède un. M. le Dr Brissaud, médecin des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté, a, par une habile initiative, amené la création au Vernet d'un sanatorium qui va être dirigé par notre collègue le Dr Sabourin, ancien interne des hôpitaux, dont les travaux sur l'anatomie du foie sont si remarquables et qui n'est pas moins au courant des questions relatives à la tuberculose.

L'inauguration vient d'être faite en présence d'un public médical d'élite : MM. Potain, Verneuil, Féréol, Brissaud, Faisans (de Paris), Grasset, Carrieu, Tédenat, Grynfeldt (de Montpellier), etc. Grâce au Dr L. H. Petit, qui a raconté dans l'*Union médicale* cette inauguration dont il a été aussi spectateur, nous possédons sur l'établissement nouveau des renseignements que nos lecteurs seront certainement bien aises de connaître.

« La station du Vernet jouit de précieuses qualités pour le but qu'elle est appelée à remplir. Entourée de tous côtés par les Pyrénées, elle forme, à une altitude de 800 mètres, une sorte de vallée à l'abri de tous les vents ; seul, le vent du Midi peut y parvenir, mais seulement dans des cas tout à fait exceptionnels ; la température y est chaude en été, mais n'est jamais très froide en hiver, et la partie de la propriété dans laquelle séjourneront les malades est tellement située qu'ils pourront respirer à l'air libre depuis neuf heures du matin jusqu'au coucher du soleil. Evidemment, certaines précautions seront à prendre, qui rentrent dans l'organisation générale de l'établissement.

L'établissement actuel, situé au fond de la vallée, au centre d'un parc splendide créé récemment, a été utilisé jusqu'ici pour le traitement des affections rhumatismales. Il pourra encore, pendant toute la saison d'été, c'est-à-dire de mai à septembre, servir au même but. Pendant l'hiver, c'est-à-dire du 1er novembre à la fin d'avril, les tuberculeux remplaceront les rhumatisants, mais dans des conditions toutes différentes. En effet, la partie de la station destinée aux tuberculeux, celle qui n'est pas encore bâtie, est située à une centaine de mètres au-dessus de la première, comme altitude, mais à environ 500 mètres comme distance. D'ailleurs, ne séjournant jamais ensemble, par rapport à l'époque de la cure, au Vernet, les tuberculeux ne pourront pas infecter les autres malades. Ils le pourraient peut-être s'ils avaient la possibilité de répandre partout leurs crachats, mais c'est surtout à cet égard, pour parer à ce danger, que les plus grandes précautions ont été prises.

S'inspirant des acquisitions les plus récentes de la science, M. Sabourin a adopté les moyens les plus efficaces pour faire une guerre acharnée aux microbes. Les chambres habitées par les tuberculeux seront meublées et ornées de façon qu'aucun microbe ne puisse s'y cacher et échapper à la destruction : les murs, les plafonds seront revêtus de stuc ; les angles en seront arrondis de façon à ce que le nettoyage puisse être parfait ; les tapis, simplement en paille tressée, les meubles, les tables, chaises, couchettes, sont faits de telle façon qu'ils puissent être facilement passés à l'étuve, ce qui sera fait chaque fois que le médecin pourra soupçonner une infection. Celle-ci sera toutefois difficile à effectuer, car il y aura à la disposition des malades trois systèmes de crachoirs qui leur éviteront la tentation de cracher par terre ou dans leurs mouchoirs : de petits crachoirs de poche, système Dettweiler ; des crachoirs plus grands, qu'on mettra près des lits, des tables, en un mot, partout où séjourneront les tuberculeux ; enfin d'autres crachoirs encore seront disséminés dans le parc, les lieux de promenade, etc.

Tous ces crachoirs seront nettoyés aussi souvent qu'il sera nécessaire, au moyen de l'eau bouillante. Chaque malade aura sa chambre, qui restera ouverte toute la journée, et qui sera par conséquent aérée autant que possible ; la nuit, on pourra, au moyen d'un système de fermeture ou de ventilation à choisir parmi ceux qui sont actuellement en usage, continuer cette aération. Dans la journée, le malade se promènera dans le parc, s'il est remuable, si son état le lui permet, ou restera couché sur une chaise longue, sous une vérandah munie de rideaux qui lui distribueront à volonté l'air, la lumière, le soleil, la chaleur. De nombreux sièges, disposés de 20 en 20 mètres dans les allées du parc, lui permettront de faire des marches aussi courtes que possible, suivant ses forces.

Toutes ces dispositions ont été exposées, sur place, par M. Sabourin et l'architecte de l'établissement, aux nombreux confrères qui s'étaient rendus à son invitation. Sauf quelques critiques de détail, tout a été approuvé. Les malades du sanatorium y trouveront surtout une chose qui manque à bien des stations sanitaires, tout réuni ensemble : logement, salle à manger, salle de bains, de douches, etc., un jardin d'une gaieté idéale, une des conditions principales pour rendre la santé aux malades.

Et maintenant, faudra-t-il y envoyer tous les phthisiques ? Evidemment non, il ne faut pas y envoyer tous les phthisiques : les formes à marche rapide, les granulies, les malades avancés, déjà cachectiques, qui ne pourront supporter la fatigue d'un long voyage, feront bien de rester chez eux ou d'aller ailleurs. Mais les tuberculoses pulmonaires commençantes, sans grand fracas, quoique avec hémoptysies, les tuberculoses avec cavernes même étendues, mais limitées et à marche lente, ou n'avançant que par poussées, retireront de leur séjour au Vernet de grands avantages.

D'ailleurs, on pourra se reporter, pour les indications, à ce que nos maîtres, et M. Jaccoud en particulier, professent sur le traitement de la phthisie par le séjour dans les stations de montagnes. Ce que le Vernet présente de spécial, c'est d'être une station de montagne française, jouissant de tous les avantages du climat méditerranéen, car le laurier-rose, le palmier, l'eucalyptus, le cactus, le poivrier croissent en pleine terre ; c'est la seule de ce genre en France, parfaitement installée, et destinée, nous en avons la certitude, à faire une concurrence victorieuse aux stations similaires de l'étranger. Les malades y seront certainement traités plus humainement qu'en Allemagne, où ils sont soumis à une discipline de caporal prussien ; ils y seront en tout cas infiniment mieux nourris. Mais il ne faudrait pas croire cependant qu'ils n'en feront qu'à leur tête comme à Davos ; M. Sabourin est fermement décidé à tenir la main aux mesures qu'il décidera pour empêcher ses patients de faire des

imprudences, des écarts de régime, et pour réprimer toute tentative d'insubordination relativement à l'usage des crachoirs. Il lui faudra beaucoup d'énergie pour commencer, mais il arrivera sans aucun doute à convaincre ses malades de l'excellence de ces mesures, et à les leur faire complètement adopter. »

MALADIES DES VOIES URINAIRES

A. — Traitement des pyonéphroses.

Bien que peu d'années se soient écoulées depuis qu'un traitement chirurgical des affections suppuratives du rein a été proposé, celui-ci a cependant fait déjà l'objet de travaux et de discussions importantes et nombreuses, et dès maintenant les indications thérapeutiques deviennent précises et le manuel opératoire est nettement tracé. C'est à cette question que M. le Dr Bureau vient de consacrer sa thèse inaugurale, travail d'érudition dans lequel il a groupé un grand nombre de faits, inédits pour la plupart, et exposé avec méthode et clarté les opinions émises jusqu'à présent par la plupart des chirurgiens : M. Bureau s'est surtout attaché à mettre en lumière celles du Professeur Guyon dans le service duquel ont été réunis les matériaux de ce travail (1).

Le nom de pyonéphrose doit être réservé aux tumeurs rénales dues à la rétention du pus dans le bassinet ou la substance même du rein ; celui de pyélite ou de pyélo-néphrite implique seulement qu'il y a inflammation ou suppuration de l'organe sans accumulation de pus.

En présence d'une pyonéphrose il ne faut jamais oublier qu'un traitement préventif est souvent tout-puissant. Beaucoup de pyonéphroses sont consécutives à la rétention complète ou incomplète de l'urine dans la vessie ; on doit tout d'abord combattre celle-ci : nous ne pouvons entrer dans le détail de cette thérapeutique, suivant qu'une lésion urétrale, prostatique ou vésicale est la cause de la stagnation. La section d'un rétrécissement, par exemple, permet quelquefois à un bassinet, déjà distendu par l'accumulation de l'urine et du pus, de revenir à des dimensions normales : ces faits sont malheureusement assez rares et lorsque la tumeur rénale est constituée, c'est d'ordinaire à elle qu'il faut s'attaquer.

Les interventions timides ne réussissent guère. Ainsi, on ne devra pas compter beaucoup sur l'efficacité des ponctions capillaires réitérées, bien qu'il existe quelques belles observations de reins guéris par l'aspiration. En employant ce procédé, on perdrait du temps et on risquerait de voir les forces du malade décliner et ne plus permettre ultérieurement une opération plus importante et plus efficace. Quant au maintien à demeure d'une canule métallique très courbe, les tentatives qu'on en a faites n'ont jamais donné de résultats satisfaisants.

Plus ingénieuse, mais d'une exécution plus difficile est une méthode, proposée par Bozeman, qui consiste à faire des lavages du bassinet au moyen d'une sonde introduite dans l'uretère. Deux cas en ont été publiés par ce chirurgien : dans le premier, les manœuvres étaient facilitées par l'existence d'une large fistule vésico-vaginale intéressant les uretères ; les orifices de ceux-ci furent découverts ; puis, à l'aide d'une sonde correspondant au n° 7 (Charrière) ils furent lavés, ainsi que les bassinets, à l'eau phéniquée jusqu'à ce que le liquide ressortît limpide. Ces lavages, répétés à plusieurs reprises, avaient été faits avec une solution de sublimé à 1/20000 et au bout de 2 mois 1/2 de ce traitement la guérison pouvait être considérée comme obtenue. Chez une deuxième malade, Bozemann pratique une kolpo-uretérocystotomie, c'est-à-dire qu'il fit sur les parois vésico-vaginales une incision latérale, passant au niveau de l'orifice de l'uretère ; celui-ci est incisé dans son trajet intra-vésical pour en faciliter l'accès. On fit alors le cathétérisme de l'uretère qui fut lavé, ainsi que le bassinet, avec une solution de sublimé à 1/20000 ; au bout de 3 semaines, les urines étaient redevenues limpides et la tumeur rénale avait disparu.

Malgré ces succès, nous ne croyons pas qu'on puisse porter un jugement sur ce procédé compliqué, dont les observations sont encore trop peu nombreuses. A voir les résistances de certaines cystites à des lavages réitérés, on se demande comment les lésions analogues de l'uretère et du bassinet, qui s'accompagnent en général de désordres profonds, peuvent céder aussi facilement. Sans doute la dilatation progressive de l'uretère est de nature à faciliter l'évacuation de la poche rénale ; mais ces manœuvres, malgré l'affirmation de Bozeman, nous paraissent dangereuses : les contacts d'un instrument explorateur avec l'uretère sont souvent suivis de fièvre intense et de frissons violents. Si rigoureuses que soient les précautions antiseptiques, on se trouvera toujours, en face d'un cas analogue à ceux de Bozeman, dans un milieu purulent, et les inoculations septiques seront trop facilement produites. Sans porter un jugement sur la valeur de ce procédé, nous pensons qu'on ne doit l'employer qu'avec beaucoup de prudence et surtout ne pas le considérer comme étant d'une innocuité absolue.

Dès aujourd'hui, il est possible d'affirmer que la néphrotomie constitue le véritable traitement des pyonéphroses. Quel que soit l'âge de l'affection, elle donne de bons résultats : il s'agit en réalité d'une vaste collection purulente et il importe de lui créer une large issue. Nous examinerons plus tard si, dans certains cas, il ne convient pas de procéder d'emblée à une opération plus radicale, à l'extirpation du rein ; disons de suite que, d'une manière générale, l'incision simple, la néphrotomie ou taille rénale, présente de grands avantages ; elle constitue une opération relativement simple, qui s'accompagne d'un choc traumatique peu considérable, et peut être pratiquée sur un organisme déjà très épuisé. Elle permet à la santé générale de se rétablir et certaines observations font assister à une véritable résurrection. De plus, elle éloigne les mauvaises chances d'une catastrophe immédiate à bref délai, lorsque le second rein est le siège de lésions plus ou moins anciennes ou même en cas d'existence d'un rein unique. Les statistiques des différents auteurs sont variables ; celle que M. Bureau a dressée, d'après les observations recueillies par lui, accuse une mortalité de 14,8. Cette proportion est encore assez considérable ; mais ce relevé porte sur l'ensemble des né-

(1) Du traitement chirurgical des pyonéphroses, par le Dr E. Bureau, ancien interne des hôpitaux. Thèse Paris, 1890.

phrotomies en comprenant les premières tentatives : or au début, le manuel opératoire était incertain et hésitant, et on voit les statistiques s'améliorer à mesure que les chirurgiens acquièrent une habitude plus grande de cette opération.

Deux voies ont été suivies pour aborder les collections purulentes du rein ; ce sont le péritoine et la région lombaire. Nous serons bref sur la néphrotomie transpéritonéale qui a été très rarement mise en pratique et offre peu d'avantages ; la technique opératoire se rapproche beaucoup de celle de la néphrectomie. Signalons seulement la combinaison des voies lombaire et abdominale proposée par Knowsley Thornton qui fait une laparotomie, explore la surface des deux reins avec la main introduite dans la cavité péritonéale, et, s'il reconnaît dans l'un des deux reins une collection ou un calcul, il pratique une incision lombaire pour lui donner issue. L'auteur de ce procédé a eu peu d'imitateurs ; il est préférable, lorsqu'il est nécessaire de s'assurer directement de l'état d'intégrité des deux reins, de pratiquer deux incisions lombaires qui constituent un traumatisme moindre ; les renseignements recueillis y gagnent en précision.

C'est donc par la voie lombaire qu'on abordera le rein, en pratiquant une incision parallèle soit au bord externe de la masse sacro-lombaire (Simon), soit à la dernière côte (Morris, Le Dentu). On arrive couche par couche sur la surface de la poche où la fluctuation est d'ordinaire facilement perçue; parfois la coque est excessivement mince ; ailleurs, au contraire, des ponctions aspiratrices sont nécessaires pour guider le chirurgien. On pratique une incision au point le plus saillant de la tumeur et on fait avec le doigt un examen de la cavité pyélitique.

Celle-ci est habituellement irrégulière et anfractueuse. On y rencontre des brides, des colonnes dont la destruction est nécessaire pour assurer la guérison ; le doigt les déchire sans danger ; on peut également, comme le conseille Le Dentu, les sectionner avec de forts ciseaux qui déchirent plutôt qu'ils ne coupent. Quoique ces brides, ces cloisons soient souvent occupées par les artères d'un certain volume, il est rare que des hémorrhagies importantes se produisent, grâce à la puissante musculature de ces vaisseaux dont les parois se rétractent fortement après leur section. Le professeur Guyon a remarqué que la cavité pyélitique se contourne en haut et en bas, affecte une disposition en fer à cheval, et que le doigt et les instruments ont quelque peine à atteindre ces diverticules.

Pour faciliter les manœuvres intra-rénales, le professeur Guyon passe dans chacune des lèvres de la plaie rénale, aussitôt après l'incision du parenchyme, des fils de soie en anse qui lui permettent d'attirer ces bords et de maintenir l'ouverture béante. On est ainsi directement conduit dans la cavité même de la poche ; on évite de décoller le rein de sa capsule et de frayer la voie à une collection purulente péri-néphrétique. Cet écartement des parois est des plus nécessaires dans les cas fréquents où existent des calculs, dont l'extraction nécessite souvent des manœuvres longues et multipliées, surtout lorsqu'ils siègent dans les prolongements dont nous avons parlé.

La cavité ayant été lavée avec soin, deux ou trois gros drains debout sont conduits aussi loin que possible au fond de la cavité. Le professeur Guyon a l'habitude d'attirer vers l'extérieur les deux lèvres de la plaie rénale et de les fixer à la peau. Cette conduite expose, il est vrai, à l'établissement d'une fistule urinaire, mais cette *fistulisation systématique* a pour but de laisser à l'inflammation des parois le temps de s'atténuer, de même que certaines cystites guérissent lorsque la vessie est largement ouverte ; au bout d'un certain temps ces fistules sont justiciables d'un traitement relativement simple. Leur création permet, en revanche, d'échapper à un danger plus grand, qui est la suppuration de l'atmosphère péri-rénale et la persistance de décollements souvent très étendus et de fistules purulentes consécutives.

Ces péri-néphrites suppurées consécutives à la pyonéphrose ou coïncidant avec elle ne sont pas rares ; elles constituent une complication fâcheuse, car les décollements s'étendent pour ainsi dire sans limites, les fusées purulentes vont former des clapiers sous-costaux, sous-diaphragmatiques, iliaques, etc.. La pyonéphrose constitue un gros abcès inclus dans une poche purulente à parois anfractueuses.

Grâce à ces manœuvres, on peut obtenir rapidement une complète évacuation de la pyonéphrose ; le traitement post-opératoire est plus délicat. L'ouverture lombaire du rein, le *méat lombaire* suivant l'expression du professeur Guyon étant effectuée, l'asepsie de l'organe reste difficile à obtenir. Cependant, nous avons observé nombre de malades dont les urines sont devenues et restées limpides après l'incision lombaire ; limpidité qui existe aussi bien dans les urines recueillies dans la vessie que dans celles qui trouvent issue par la fistule lombaire. Par cette dernière on fera des injections antiseptiques ; le nitrate d'argent paraît être l'agent le plus propre à diminuer la suppuration. Les drains doivent être progressivement raccourcis ; on se gardera bien de les supprimer de bonne heure, car il est arrivé souvent qu'une dilatation secondaire du trajet a été nécessaire pour faire cesser la rétention rénale qui se reproduisait. Ce n'est donc qu'avec de grandes précautions, peu à peu, et toujours après un temps fort long, c'est-à-dire des mois et souvent plus d'une année, qu'on laissera les fistules se refermer spontanément.

Cette guérison spontanée de la plaie lombaire est l'exception ; dans les statistiques les meilleures, le fait contraire se produit dans la proportion de 50 à 60 % ; on le trouve noté chez presque tous les opérés de M. Guyon ; la persistance de la fistule lombaire doit donc être considérée comme la règle. Le chirurgien ne reste pas désarmé ; mais ces fistules sont de diverse nature, et un diagnostic précis doit en être posé tout d'abord.

Avec M. Bureau nous croyons que les trois questions suivantes doivent tout d'abord être résolues. Les lésions sont-elles bi-latérales ; — la fistule lombaire est-elle urinaire ou purulente ; — l'uretère a-t-il conservé sa perméabilité ?

Il n'est pas toujours aisé de s'assurer de l'intégrité du second rein ; la sensibilité à la pression lombaire est un bon signe ; plus précieuse encore est la constatation de l'augmentation de volume obtenue par la palpation. L'exploration de l'uretère à travers les parois abdominales donne également des renseignements précieux. Enfin le cathétérisme d'un de ces conduits permet de recueillir isolément l'urine d'un des deux reins ;

mais c'est un procédé qui exige une grande habitude et une adresse particulière et qui, même après de récents perfectionnements, reste encore enveloppé de beaucoup d'incertitude. Parfois il existe une oblitération de l'uretère du côté opéré ; dans ce cas le diagnostic est facile et il suffit d'analyser le liquide sécrété par le rein du côté opposé qui seul fournit de l'urine à la vessie. En tout cas l'évaluation du chiffre de l'urée est toujours à considérer et lorsque la quantité en est trop faible, on peut en conclure à une altération profonde du rein opposé.

Les deux autres questions sont plus facilement résolues. L'examen des liquides montrera s'il s'agit d'une fistule urinaire ou purulente. La perméabilité de l'uretère peut être constatée par le cathétérisme rétrograde de ce conduit ; c'est là un procédé qui échoue souvent et auquel on préférera l'injection par la fistule de liquides colorés qu'on retrouve ou non dans la vessie.

Suivant les cas on cherchera l'oblitération de la fistule soit en faisant l'extirpation du rein, soit en traitant la fistule elle-même. La néphrectomie ne devra être tentée que lorsque le trajet fistuleux ne sera pas justiciable d'un traitement approprié ou que celui-ci aura échoué, et, bien entendu, lorsque le rein du côté opposé aura été jugé insuffisant.

MM. Guyon et Tuffier ont procédé à l'oblitération de trajets fistuleux par un procédé un peu compliqué qui a donné des résultats satisfaisants. Nous ne pouvons que résumer très rapidement ici cette technique opératoire. Tuffier pratique une incision en dehors de la fistule cutanée, aborde le rein, avive et suture les bords de la perte de substance du parenchyme rénal, puis excise le trajet musculo-cellulo-cutané. Il est nécessaire pour cela que la cavité pyélitique soit devenue absolument aseptique.

S'il s'agit d'une fistule purulente intra-rénale, le traitement est en général plus simple, car elle est toujours entretenue par l'évacuation incomplète d'une poche, d'un diverticule ; il suffit d'agrandir le trajet fistuleux et d'aller à la recherche du clapier.

Lorsque ces moyens ont échoué, il faut songer à la néphrectomie, qui d'ailleurs s'impose dans d'autres conditions et en particulier lorsqu'il existe une oblitération persistante de l'uretère ou lorsque l'utilité fonctionnelle des restes de la glande est à peu près nulle. Mais il faut se rappeler que c'est une opération dangereuse à cause surtout des adhérences avec les organes voisins. Quoique moins meurtrière que la néphrectomie primitive, elle donne encore près de 30 % de mortalité.

B. — Sonde molle de trousse.

Depuis longtemps la sonde d'argent démontante a sa place dans la trousse de la plupart des praticiens. Néanmoins on sait combien cet instrument est défectueux. Sa courbure, calculée sur des moyennes, convient rarement, pour cela même, à l'urèthre qu'on se propose de sonder : elle est surtout mauvaise pour les cas difficiles ; chez les prostatiques, par exemple, cette courbure n'est pas assez longue et son rayon est trop court. De plus, je lui ferai le reproche d'être métallique et de constituer un instrument offensif, même entre des mains exercées et patientes. Aussi les fausses routes sont-elles le plus souvent produites par le bec de cette sonde qui vient labourer la paroi inférieure du canal ; pour ma part, je n'en ai jamais vu qui reconnussent un autre agent.

Les sondes molles, de gomme ou de caoutchouc, exposent infiniment moins à ces accidents ; mais leur longueur les rend difficilement transportables. C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai prié M. Vergne, fabricant à Paris, de construire une sonde de gomme démontante qui est représentée ci-dessous. Elle n'est autre qu'une sonde béquille n° 17 (Charrière), coupée par son milieu, dont les deux moitiés, munies d'une armature métallique, peuvent être réunies au moyen d'un pas de vis.

Le tissu de cette sonde risquerait de se détériorer au contact des autres instruments d'une trousse si elle n'était contenue dans un étui. Celui-ci est muni de trous à ses extrémités, pour permettre à la sonde de sécher rapidement. Sa forme est aplatie et dans une trousse il ne tient pas plus de place qu'un thermomètre, par exemple, ou qu'un porte-nitrate.

L'interposition de l'armature métallique rétrécit sensiblement le calibre de la sonde, mais celui-ci est encore égal à celui de la sonde d'argent démontante. Le tissu s'altère difficilement, car il est recouvert d'un vernis spécial qui lui permet de supporter une immersion prolongée dans un liquide sans se détériorer. Ajoutons que l'instrument peut facilement être rendu aseptique : il suffit, après avoir placé un peu d'ouate au niveau des trous de l'étui, de faire séjourner le tout à une température de 100 ou 110°, ou encore, de l'immerger pendant un temps suffisamment long dans une solution phéniquée ou boriquée ; l'armature métallique interdit l'emploi du sublimé. La forme que j'ai fait représenter ici est la forme béquille, qui, selon moi, rend le plus de services dans les cas difficiles ; il va sans dire que tout autre modèle et tout autre calibre pourraient être employés.

E. Desnos.

FAITS CLINIQUES

Hématocèle rétro-utérine ; tumeur de la région ovarique droite ; ponction par le vagin ; injection antiseptique ; guérison,

Par le Dr Bitterlin, médecin de l'hôpital de Baume-les-Dames (Doubs).

Madame P. est une femme âgée de 28 ans, d'un tempérament lymphatique. Elle a trois en-

fants, dont le dernier a douze mois, elle venait de le sevrer dans le courant du mois de juin dernier. Ses couches ont toujours été régulières, sauf pour le dernier : il y avait adhérence du placenta. Hémorrhagie abondante.

Le 28 juillet, après cessation des règles, qui n'ont pas été abondantes, et à la suite de travaux fatigants, elle est prise de fortes douleurs lombaires. Le ventre est très sensible à la région hypogastrique et augmente de volume ; il n'y a point de frissons, la fièvre est légère. La malade ne peut faire aucun mouvement. La face est grippée. Je recommande le repos le plus absolu : prescription : potion à l'extrait thébaïque ; glace sur le ventre. La douleur se calme un peu ; mais le lendemain elle devient plus intolérable ; il se développe quelques frissons ; le faciès se décolore, le pouls est fréquent, petit et serré ; l'idée d'une hémorrhagie se présente à mon esprit. Je remarque que la partie latérale du ventre, dans la fosse iliaque droite, est surtout sensible. Pendant plusieurs jours surviennent de fortes crises suivies d'une rémission de douleur ; quelque temps après le début des premiers accidents, je remarque une grosseur de la dimension d'un œuf de poule, dans la région tubo-ovarique du côté droit. Cette grosseur n'est pas fluctuante, est douloureuse à la pression. Je sens sur la ligne médiane l'utérus qui est refoulé en avant et en haut. Par le vagin, je trouve le col situé extrêmement haut et fortement appuyé contre la symphyse du pubis. Dans le cul-de sac postérieur, se trouve une tumeur rénitente, élastique, limitée à droite ; elle correspond à celle de la fosse iliaque droite. Par le rectum, je constate également sa présence entre ce dernier et l'utérus. La malade urine difficilement ; les selles sont douloureuses. La fièvre en ce moment est modérée, mais le ventre est sensible, très ballonné. Une grande agitation résulte de la douleur et des coliques intestinales. En présence de ces symptômes je n'hésite pas, le 5 août, à faire une ponction dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Je ne pense pas qu'il y ait lieu de faire la laparotomie ; je donne la préférence à la méthode de M. Péan, préconisée dans la séance du 1er juillet 1890 de l'Académie de médecine.

Je fais une large incision, du sang s'écoule, je sens dans la cavité des caillots de sang ; des injections d'acide phénique sont faites ; le liquide qui s'écoule est fétide.

Vers le 10 août, une forte fièvre se déclare ; pouls 120, température 40° ; la malade éprouve des frissons ; la face est jaune, terreuse, inappétence complète, il y a de la diarrhée à laquelle viennent se joindre des nausées et des vomissements ; l'état général est très grave. Je fais un drainage et des lavages au sublimé deux fois par jour au millième, après avoir fait bouillir la solution. Du pus fétide sort du vagin en grande quantité. Les jours suivants les symptômes alarmants s'amendent ; la fièvre diminue et, vers le 25 août, la tumeur que j'ai constatée dans la fosse iliaque a disparu et celle du vagin est réduite.

Le ventre devient moins sensible ; la malade urine plus facilement ; les selles ne sont plus douloureuses et vers le 10 septembre la convalescence commence. La malade se lève, étant très anémique, l'appétit revient ; prescription : régime tonique, vin de quinquina, grand air. Au mois d'octobre, les règles reviennent sans douleur, mais en petite quantité.

Cette observation est intéressante parce que l'hémorrhagie s'est faite dans la région tubo-ovarique et par poussées successives ; la tumeur hématocèle ne s'est manifestée extérieurement et dans le vagin que huit jours environ après le début des premiers symptômes de péritonite subaiguë.

Elle est une confirmation des heureux résultats qu'on peut obtenir dans ce cas, en incisant largement l'hématocèle par la cavité vaginale, en employant le drainage, et en pratiquant surtout les lavages antiseptiques, comme M. Péan l'a recommandé dans sa communication du 1er juillet 1890, à l'Académie de médecine.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Condamnation d'un pharmacien pour substitution de la naphtaline au naphtol.

Au mois de mai dernier, deux médecins de Grenoble, donnant leurs soins à un étudiant en médecine atteint d'une fièvre typhoïde grave, se sont aperçus que M. X., pharmacien à Grenoble, avait substitué de la naphtaline au naphtol B prescrit. L'ordonnance portait 50 centigrammes de naphtol et autant de salicylate de bismuth par cachet médicamenteux. Or les cachets fournis en renfermaient chacun beaucoup moins et répandaient une odeur caractéristique de naphtaline. Le malade a été sérieusement incommodé ; il se plaignait d'un goût atroce de gaz d'éclairage et a été pris de vomissements après l'absorption de chacun des cachets. Sur la plainte portée par nos confrères, au nom de l'Association des médecins de France, section de l'Isère, le Parquet a poursuivi le pharmacien et voici le jugement rendu par le tribunal correctionnel de Grenoble, le 13 août 1890 : «Attendu qu'il est constant que le prévenu C... a substitué de la naphtaline au naphtol B prescrit par des ordonnances du docteur en médecine traitant M. I..., de son vivant interne à *l'hôpital* ; Attendu qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter aux moyens de défense invoqués par C... qui dit que son élève a exécuté, seul, les ordonnances susvisées, car il est de jurisprudence que seul, le pharmacien peut, en la matière, être responsable et que, d'autre part, l'inculpé ne peut arguer de sa bonne foi en cette cause ; Considérant qu'il y a lieu de réprimer de semblables agissements qui sont de nature à porter de graves atteintes à la santé publique, etc... Par ces motifs, le tribunal condamne C... à cinq cents francs d'amende et aux dépens, et fixe au minimum la contrainte par corps.

Urines spermatisées.

Un pharmacien, ayant à faire l'analyse d'une urine de femme, trouva dans cette urine des spermatozoïdes, lorsqu'il pratiqua l'examen microscopique. Embarrassé de savoir s'il devait consigner ce détail sur son rapport, il s'est adressé à M. Carles, qui lui a répondu dans les termes suivants :

« Je me suis trouvé, il y a plusieurs années, dans un cas assez semblable au vôtre, et voici quelle a été ma conduite :

Un monsieur, qui occupait une position sociale

assez élevée et que je voyais assez souvent pour l'analyse de ses propres urines, me remit, un jour, celles de sa femme, afin d'en avoir aussi une analyse complète. L'essai démontra qu'elles étaient de composition normale, mais l'examen du sédiment décela quelques spermatozoïdes.

Devais-je les mentionner ou non ? Comme vous, je trouvais le point des plus délicats. Mon client se doutait-il qu'à l'aide du microscope, on peut avoir la preuve des actes les plus intimes de la vie féminine ? Le savait-il et voulait-il avoir une réponse positive dans cette circonstance spéciale ? Je ne le pense pas. Dans tous les cas, j'estimai que mon devoir était de taire ce détail; et, depuis ce moment, lorsqu'il s'agit d'urines féminines, remises comme telles ou reconnaissables à leurs éléments histologiques spéciaux, je me suis fait une règle de n'indiquer, s'il y a lieu, les spermatozoïdes que lorsque l'analyse m'est demandée par un médecin et que le rapport doit lui être directement remis. Il est bien entendu que j'agirais de même si j'étais requis par la justice » (1).

VARIÉTÉS

Une nouvelle Société et une nouvelle Revue.

Il y a quelque six mois, notre confrère le Dr E. Toussaint, d'Argenteuil, faisait un appel aux médecins pour propager et distribuer son *Bulletin des Nourrices*.

Cinq cent vingt-trois médecins de province ont répondu et distribuent le Bulletin dans 36 départements.

Aujourd'hui, le Dr Toussaint voudrait réunir en *société* ses collaborateurs, et établir entre les médecins inspecteurs du *service de protection des enfants du* 1er *âge* des liens durables.

S'appuyant sur ce principe que les médecins-inspecteurs ont plus que tous les autres intérêt à étudier et à discuter en commun les questions relatives à leurs fonctions, il les invite à s'unir à lui, pour échanger leurs vues et mettre en commun leurs efforts.

Il fonde la *société des médecins-inspecteurs*, et crée en même temps la *Revue du service d'inspection*, qui sera l'organe de la Société.

Cette revue sera une tribune ouverte à tous les sociétaires, et relatera fidèlement les travaux, griefs et desiderata de tous ses correspondants.

Tout sociétaire ayant payé sa cotisation (cinq francs) est de droit abonné à la Revue.

Le Dr Toussaint, ne connaissant pas tous les inspecteurs en fonction, n'a pu adresser à tous ses collègues le numéro-programme de la Revue et les statuts de la société en formation. Il les enverra à tous ceux qui en feront la demande, 7 rue d'Enghien, à Argenteuil (Seine-et-Oise).

Ont adhéré à la nouvelle société :

MM. les docteurs

Cézilly, médecin-inspecteur, à Chantilly. — Lardier, médecin-inspecteur, à Rambervillers. — Surbled, médecin-inspecteur, à Corbeil. — Sutils, médecin-inspecteur, à La Chapelle-la-Reine. — Licke, médecin-inspecteur, à Maison-Laffite. — Blanc, médecin-inspecteur, à Marseille. — Quantin, médecin-inspecteur, à Colombey-les-Belles.

(1) Nous partageons absolument l'avis de M. Carles; nous connaissons le cas d'un confrère qui eut à regretter d'avoir signalé, dans un rapport, la présence de spermatozoïdes dans l'urine d'une dame; cette dame, qui était veuve, était inconnue de ce confrère, et c'était son médecin qui s'était chargé de faire faire l'analyse de ses urines; ce médecin ne put se dispenser de communiquer le rapport d'analyse à sa cliente, qui désira absolument en prendre connaissance, et elle comprit parfaitement le passage de ce rapport où se trouvait signalée la présence des spermatozoaires; elle comprit tellement bien qu'elle ne remit plus le pied chez son médecin, pour le punir d'avoir choisi un chimiste assez osé pour écrire une chose capable de porter atteinte à sa réputation.

(*Répertoire de Pharmacie.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Un nouveau syndicat en formation.

Tous les médecins de la *Mayenne* ont reçu la lettre suivante :

Laval, le 4 Octobre 1890.

Monsieur et très honoré Confrère,

Un certain nombre de nos confrères du département nous ont fait l'honneur de nous désigner pour organiser un Syndicat départemental des Médecins de la Mayenne.

Bien que la Cour de Cassation, par un arrêt déjà ancien, ait refusé au corps médical les bénéfices de la loi sur les Syndicats professionnels, il est bien peu de départements qui, à ce jour, ne comptent un Syndicat médical ; et les résultats obtenus sont déjà considérables au point de vue de la défense des intérêts médicaux.

D'ailleurs, les pouvoirs publics ont implicitement reconnu l'existence des Syndicats, témoin la circulaire du ministre de la justice, demandant l'avis des Syndicats médicaux sur le relèvement des tarifs médico-légaux.

Le programme d'un Syndicat est très net : il ne comprend que des questions d'intérêts pratiques et journaliers :

1° Relèvement des tarifs médicaux.

2° Adoption d'un tarif *minimum* pour les médecins d'une même ville, d'un même canton.

3° La lutte active contre l'exercice illégal de la médecine, lutte impersonnelle entreprise par le Bureau syndical.

4° Arbitrage devant les tribunaux pour les questions d'honoraires soulevées entre les médecins et les particuliers ou les administrations.

5° Appui moral et pécuniaire mis à la disposition des membres du Syndicat, attaqués devant les tribunaux (secret professionnel, responsabilité pécuniaire, etc.)

6° Démarches auprès des représentants départementaux (députés et sénateurs) pour la réforme en notre faveur de la loi sur les Syndicats et pour la mise en discussion prochaine de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine.

7° Luttes contre l'organisation de tous les Syndicats qui nous entourent et cherchent à nous

imposer des tarifs surabaissés, quand ce serait logiquement à nous de faire payer, comme il convient, nos soins et nos fatigues.

Ce dernier point de notre programme est la question qui rend absolument nécessaire, à notre avis, la formation d'un Syndicat médical. En effet, la loi sur l'assistance publique dans les campagnes va être présentée à la rentrée des Chambres, et déjà le ministre de l'intérieur a autorisé les communes à se syndiquer pour subvenir aux frais des soins à donner à leurs indigents. Comment un médecin pourra-t-il lutter individuellement contre une semblable association ?

Vous comprendrez facilement, Monsieur et très honoré Confrère, combien il importe que tous, sans exception ni parti pris, nous unissions nos efforts pour arriver à former un Syndicat départemental. En étant départemental, le Syndicat sera plus impersonnel et échappera à tout soupçon de coterie et d'esprit de clocher.

Ce syndicat vivra de ses propres ressources et sera indépendant de toutes les autres associations médicales.

Un conseil judiciaire et un agent de recouvrement seront attachés au Syndicat.

Vous trouverez ci-joint un exemplaire de Satuts, que nous vous demandons de bien vouloir venir discuter en réunion constituante, le samedi 18 octobre à 2 heures du soir, à l'Hôtel-Dieu de Laval.

Nous vous prions, s'il vous était impossible de vous rendre à cette réunion, de bien vouloir nous adresser par écrit votre adhésion au Syndicat, ainsi que les amendements ou observations que vous jugerez convenable d'apporter aux Statuts, et que vous devrez indiquer dans la colonne à ce réservée. Vous pouvez encore donner, par écrit, votre procuration à un confrère.

Adresser les lettres à l'un des trois commissaires soussignés.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de nos sentiments les plus dévoués.

Dr M. Cellier. — Dr Chevalier. — Dr Souchu-Servinière.

Nous apprenons que, grâce à la lettre qui précède, le 18 octobre, un syndicat s'est constitué dans la Mayenne et compte 42 adhérents sur les 74 praticiens du département.

Nous avons publié les statuts de la Seine-Inférieure. Nous publierons bientôt le procès-verbal de la séance de constitution. Nous adressons nos sincères félicitations aux organisateurs du Syndicat.

Le journal *Le Praticien* a reproduit l'article suivant du *Temps* :

Institut scientifique des pharmaciens-médecins.

Le ministre du Commerce vient d'être saisi d'un cas curieux que soulève l'application de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Les pharmaciens munis du diplôme de docteurs en médecine oud'offi ciers de santé — qui sont au nombre de 150 environ pour toute la France — ont résolu de se constituer en un syndicat professionnel distinct de celui des pharmaciens ordinaires qui est déjà établi. Ils avaient fait, suivant les prescriptions de la loi de 1884, une déclaration à la préfecture de la Seine, dans laquelle ils faisaient connaître qu'ils se constituaient en syndicat professionnel prenant la dénomination d'*Institut scientifique des pharmaciens-médecins*.

Après examen, la Préfecture a répondu qu'elle ne pouvait recevoir la déclaration, la Cour de cassation ayant, par un arrêt récent, refusé aux médecins le bénéfice de la loi sur les syndicats professionnels, qui ne s'applique pas, suivant elle, aux professions libérales. Les pharmaciens-médecins ont alors porté la question devant M. Jules Roche, ministre du Commerce. Le chef du cabinet a transmis aux délégués des pharmaciens-médecins la réponse ministérielle. M. Jules Roche est d'avis que la loi sur les syndicats professionnels doit être appliquée de la manière la plus large et la plus libérale ; mais il ne peut aller à l'encontre de la jurisprudence de la Cour de cassation. *Il appuiera une proposition émanant de l'initiative parlementaire qui a été soumise à la Chambre et qui tend à généraliser la loi du 21 mars en l'appliquant même aux carrières libérales*. Mais actuellement il ne peut rien faire de plus. En cet état, les pharmaciens-médecins vont s'organiser en syndicat professionnel sous un titre qui, tout en rappelant les diplômes dont ils sont possesseurs, ne constituera pas un obstacle à l'organisation du syndicat, et qui, par suite, sera accepté par l'administration.

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Nitro-glycérine contre les lipothymies des dyspeptiques.

Certains dyspeptiques éprouvent pendant des digestions laborieuses un état lipothymique et presque syncopal, qui peut être attribué à de l'ischémie cérébro-bulbaire réflexe. Le moyen suivant a rendu quelquefois un réel service à ces malades.

Solution alcoolique de nitro-glycérine à 1/100	5 grammes.
Kirsch	5 —

Prendre 2 à 4 gouttes de ce mélange dans un peu d'eau sucrée au moment des sensations de défaillance. Se placer dans la position horizontale.

REPORTAGE MÉDICAL

Policlinique de Paris. — Nous avons été invités à assister, le jeudi 30 octobre, au banquet que la Policlinique offrait, au Lyon d'Or, à ses adhérents et à ses amis. C'est à ce dernier titre que nous étions conviés et le *Concours médical*, organisateur de tant d'œuvres d'initiative privée, était en bonne situation pour faire fête à une improvisation qui date à peine de six mois et qu'il avait saluée à son origine.

Nous avons passé une excellente soirée ; nous avons pu constater que les jeunes initiateurs de l'œuvre nouvelle n'avaient pas fait fausse route et qu'au contraire leurs débuts promettaient à la Policlinique un développement assuré, parce qu'ils avaient surmonté les obstacles les plus sérieux ; qu'ils avaient des ressources ; un local convenable, quoique bientôt insuffisant ;

une pléiade de collaborateurs capables et ardents, et dix mille consultations, pansements, opérations à leur actif. Notons que des médicaments sont délivrés et que déjà les chefs de service inaugurent, dans une certaine mesure, un enseignement spécial à l'usage des étudiants prêts à aborder la pratique médicale.

Le journal de l'œuvre, la *Policlinique* à son 3e nº, sous la direction du Dr *Ollivier*, la fait connaître et publie les observations les plus intéressantes, faites dans les diverses spécialités.

En somme, la Policlinique a réussi ; elle a le vent en poupe ; qu'elle en profite pour obtenir local et subvention. MM. *Butte*, directeur ; *Arthaud*, président, ont récolté des applaudissements nourris, ainsi que M. le Dr *Nattier*, trésorier et c'est à l'envi que dans des discours successifs, MM. Jacques, député de la Seine; Viguier, président du Conseil général ; MM. Navarre, Dubois, Deschamps, Hoquet, Deville, Bercy, Defert, etc., leur ont prodigué les encouragements.

M. *Bourneville*, le directeur du *Progrès médical*, leur a tracé leur voie et leur a ouvert de nouveaux horizons pour l'enseignement.

Nous leur disons, de notre côté : allez de l'avant ; heureux les jeunes, tout leur réussit, lorsque la voie est bonne et la vôtre est excellente ! à une condition pourtant, que nous énoncions à l'origine : *pour ne pas nuire aux médecins, prendre vos précautions, afin de ne dispenser la gratuité de leurs soins qu'aux besoigneux, aux véritables indigents.*

L'impôt sur les spécialités. — Son article 1er dit : « A partir du .... 189 , la marque de fabrique ou de commerce et le timbre institué par la loi du 26 novembre 1873 pour la garantie de cette marque, sont rendus obligatoires en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques, même hygiéniques ou de toilette.

Sont compris sous cette dénomination tous les produits pharmaceutiques, simples ou composés, à l'exception des eaux minérales naturelles, présentés comme médicamenteux, hygiéniques ou de toilette, dont le fabricant ou le vendeur réclame la priorité d'invention ou la propriété exclusive, ou dont il préconise la supériorité, par voie d'annonce, de prospectus OU D'ÉTIQUETTE. »

M. le Dr Galippe commente ce projet dans le *Journal des connaissances médicales*. Il déclare que l'universalité des pharmaciens a renoncé à la prétention qu'ils avaient émise d'être libres sous la seule garantie du diplôme et du droit commun, de délivrer à quiconque tout ce qu'on leur demanderait, avec ou sans ordonnance médicale.

Cette constatation n'est pas mince pour nous. Si les pharmaciens admettent enfin qu'ils ne doivent pas faire de médecine, nous sommes bien à l'aise pour redire que nous voyons avec appréhension le nouvel impôt sur les spécialités pharmaceutiques, hygiéniques et de toilette. La spécialité procure de bons produits, et elle est moins chère, pour nos clients, que l'ordonnance ordinaire. Nous ne parlons pas des spécialités sans valeur, sans raison d'être ; nous n'avons en vue que les marques de fabrique qui ont donné à leurs propriétaires renom et gros produits, surtout à l'étranger. On va les imposer; on va garantir leur marque par un timbre de l'État, et quand ce timbre, comme la marque, sera falsifiée, l'Etat ne poursuivra pas plus en *France* qu'à l'étranger. Il lui faudrait un personnel spécial, qui coûterait bon. Nous répétons que la loi en préparation est défectueuse, donnera des déceptions et que son premier effet sera de ruiner une branche florissante de notre commerce d'exportation.

D'ailleurs la définition de la spécialité est difficile ; c'est ce qui avait amené M. Léon Say à renoncer à cet impôt. Imposera-t-on, par exemple, la poudre de viande, un aliment de premier ordre ? Imposera-t-on un instrument, comme les stérilisateurs à l'usage de l'alimentation des enfants ?

Dire que, pour équilibrer un budget de quatre milliards, il faudra imposer le *meilleur des biberons* ... et le *meilleur des chocolats*, où s'arrêter dans cette voie ?

Les dentistes et la cocaïne. — Le tribunal de Lille vient de statuer sur le cas du dentiste Bouchart, qu'on rendait responsable du décès de Mlle Delcambre, morte aussitôt après l'extraction d'une dent, et alors qu'elle avait subi plusieurs injections de cocaïne ayant pour but de « l'insensibiliser ».

Le tribunal a acquitté le dentiste de la prévention d'homicide par imprudence, car il n'est pas prouvé que l'emploi de la cocaïne à dose minime ait déterminé la mort, mais que celle-ci est très vraisemblablement survenue à la suite, soit de l'ébranlement causé par l'extraction, soit à cause du tempérament nerveux ou anémique de la jeune fille...

Mais M. Bouchart a été condamné à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, « attendu qu'en pratiquant, le 8 août dernier, des injections de cocaïne sur la personne de Jeanne Delcambre, sans être muni d'un diplôme il a contrevenu à la loi de l'an XI sur l'exercice de la médecine; qu'en effet la cocaïne est un anesthésique dont l'emploi exige beaucoup de prudence et ne peut être pratiqué que par les médecins. »

(*Gazette hebdomadaire.*)

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Rabelais Médecin, écrivain, curé, philosophe, par Eugène Noël, belle édition algérienne ornée d'un portrait inédit gravé à l'eau forte par A. Esnault. Prix : 3 fr., soit 2 fr. 40 pour les membres du Concours. Cette belle édition, due à la plume d'un érudit, sera tout à fait à sa place dans la bibliothèque du praticien.

Les propriétés thérapeutiques et toxiques du Condurango et de la Condurangine, in-8° de 72 pages, 2 planches hors texte, par le Dr Guyeno-Outhier, médecin de marine. Prix : 2 fr. 50.

Etude clinique des Vératrées, par G. Meillère, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, lauréat de l'Académie de médecine (prix Orfila), in-8° de 80 pages. Prix : 3 fr. 2 fr. 40 net et franco. Travail absolument original et nouveau.

Adresser toute demande à la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André,
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année | N° 46 | 15 Novembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'Assemblée générale du 9 novembre

L'assemblée annuelle de l'Union des Syndicats et celle du Concours médical avaient attiré cette année un plus grand nombre de nos amis que les années précédentes. Les discussions d'affaires ont été serrées et fructueuses, ainsi que nos lecteurs en jugeront par le compte rendu qui paraîtra dans le numéro prochain.

Une centaine de convives ont pris place autour de la table à l'heure du dîner; aux places d'honneur siégeaient, à côté du Directeur du Concours et du nouveau président de l'Union des Syndicats, M. Mignen (de Montaigu), plusieurs membres de la Chambre des députés : MM. Chevandier, député de la Drôme, Langlet, député de Reims, Viger, député du Loiret, Th. David, député des Alpes-Maritimes, Cosmao-Dumenez, député du Finistère, tous médecins. Les toasts ont été nombreux et bien accueillis.

Enfin, la soirée s'est terminée par un charmant intermède artistique que plusieurs aimables chansonniers et poètes nous ont donné.

La Rédaction.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Deux indications nouvelles de l'antipyrine.

MM. H. Wood et Ch. Potts ont obtenu des succès importants dans le traitement de l'épilepsie par l'emploi de l'antipyrine et du bromure d'ammonium combinés. Les malades prenaient trois fois par jour de 25 à 35 centigr. d'antipyrine et de 60 centigr. à 1 gr. 20 de bromure d'ammonium. L'administration de chacun des médicaments isolément ne donnait aucun bon résultat, tandis que leur association amenait une diminution considérable du nombre et de l'intensité des accès.

On est quelquefois obligé d'intervenir pour tarir la sécrétion lactée chez une femme qui cesse de nourrir; l'utilité problématique de la canne de Provence, que réclament toutes les nourrices, n'empêche pas qu'il puisse y avoir avantage à connaître l'effet antigalactogogue de l'antipyrine que vante M. Ryan Tennison, un autre médecin anglais ; il a donné 0,60 à 1 gr. 20 d'antipyrine le soir au moment du coucher.

Salol dans la blennorrhagie et comme antiseptique intestinal.

M. Edgard *Hirtz* : Dès que Nencki (de Berne eut découvert le salol, ce médicament entra dans le domaine de la thérapeutique externe. Mais, à cause de son insolubilité, il n'a été que bien peu employé en thérapeutique interne. Ferdinand Dreyfous avait cependant étudié les effets du salol dans la blennorrhagie et avait insisté surtout sur son action analgésique.

Les recherches de Lacroix avaient démontré que la présence du salol dans les milieux de culture empêchait le développement des bactéries pyogènes. Mais, dans les urines, ce corps se trouve décomposé en acide salicylurique et phénilsulfate de soude qui ne sont pas des antiseptiques bien puissants. Cependant plusieurs auteurs ont essayé le salol dans la blennorrhagie et en ont obtenu d'excellents résultats ; tous insistent sur son action analgésique. D'autres, au contraire, considèrent comme nuls les effets du salol dans cette affection.

M. Hirtz vient, lui aussi, d'essayer le salol dans une trentaine de cas de blennorrhagie. Vingt fois, l'écoulement tarit au bout d'un intervalle de huit à douze jours; le salol était associé soit au santal, soit au copahu ; dès les premiers jours, l'action analgésique du médicament était manifeste. Chez dix autres malades la guérison ne fut pas plus

rapide qu'avec le traitement balsamique ordinaire, mais ceux-ci profitèrent encore des propriétés analgésiques du salol.

M. Hirtz a rarement donné plus de 4 grammes de salol par jour ; dans six cas seulement la dose a été poussée jusqu'à 6 grammes. Il n'a jamais remarqué la coloration noire phéniquée des urines, ayant toujours ordonné le salol à doses fractionnées, par cachets de 35 à 40 centigrammes ou par capsules mixtes au copahu, au santal, à la térébenthine. Une dose de 1 gramme prise à la fois suffit à produire la coloration noire des urines.

Le salol peut aussi être employé comme antiseptique intestinal. M. Hirtz l'a souvent prescrit dans la fièvre typhoïde, à la dose de 4 grammes par jour, associé au salicylate de bismuth. L'antisepsie intestinale lui a paru dans tous ces cas aussi bien réalisée qu'avec le naphtol. Le salol posséderait même, sur ce dernier, deux précieux avantages : d'abord d'être très bien supporté par les malades, et ensuite de pratiquer l'antisepsie urinaire. Dans l'intestin, le salol agit en se décomposant en acide phénique et acide salicylique, qui sont des antiseptiques et des antithermiques puissants. Aussi a-t-il été employé par Sahli (de Berne), et Vausant (de Philadelphie) dans les entérites aiguës et chroniques. Lœwenthal vante même son action dans le choléra.

Enfin les malades supportent merveilleusement ce médicament. Dans un cas, M. Hirtz l'a donné à la dose de 6 grammes pendant plus de trois semaines, sans occasionner le moindre trouble gastrique. Il l'a même employé avec succès, associé au bicarbonate de soude, chez des dyspeptiques atteints de dilatation de l'estomac. Le salol peut donc prétendre à une place honorable dans la thérapeutique des affections gastro-intestinales.

M. Hirtz signale, en finissant, ce fait qui doit être connu : les urines des sujets qui ont absorbé du salol présente quelquefois des réactions qui pourraient faire croire à la glycosurie.

Stérilisation du lait par la chaleur.

M. *Vinay*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon (*Ann. d'Hyg. publ.*, juillet 1890) expose une méthode, classique en Allemagne, destinée à *assurer la stérilisation du lait sans présenter les inconvénients ordinaires que donne l'ébullition* : c'est la *méthode de Soxhlet*. Ce qui la distingue des procédés ordinaires, c'est qu'elle remplace l'intensité de la chaleur par sa durée d'action.

Les procédés qu'on emploie aujourd'hui dans le but de conserver le lait pour la vente au détail sont de deux sortes :

a. Tantôt on cherche à empêcher pendant quelques jours seulement la coagulation du liquide ; c'est la *pasteurisation*.

b. Tantôt on s'efforce de supprimer absolument tous les germes ; c'est la *stérilisation absolue*.

Mais ces manipulations ont pour objet exclusif de stériliser le lait avant qu'il ne soit livré au commerce de détail ; elles en permettent le transport au loin. Les appareils utilisés dans ce but sont compliqués et coûteux, et n'ont de raison d'être qu'à la condition de pouvoir servir pour une quantité considérable de liquide.

Or, ce qui importe avant tout, ce n'est pas tant la conservation du lait pendant plusieurs jours, que l'assurance d'un aliment libre de tout germe infectieux. L'ébullition simple et rapide ne suffit pas : parce qu'elle ne détruit pas tous les germes, et parce que la digestibilité du lait bouilli n'est pas la même que celle du lait cru.

Le procédé Soxhlet a le mérite, dit le docteur Vinay, d'être simple, rapide et efficace. Le voici :

On prend la quantité du mélange nécessaire pour l'alimentation d'une journée et on la répartit dans plusieurs petites bouteilles, chacune d'une contenance de 150 à 200 centimètres cubes ; on a soin de s'arrêter lorsque le liquide est arrivé à un centimètre au-dessous du commencement du cou du récipient, puis on introduit dans le goulot, en poussant fortement, un bouchon de caoutchouc perforé à son centre.

On place alors ces différents flacons dans une sorte de marmite à double fond ; les bouteilles sont elles-mêmes supendues au milieu de l'appareil, afin que leur fond ne touche pas directement celui de la marmite ; on remplit d'eau cette dernière jusqu'à ce que le niveau arrive à peu près à la hauteur de chaque goulot, on fixe le couvercle sur la marmite, et on place le tout sur un foyer quelconque. Après cinq minutes d'ébullition de l'eau, les gaz du lait se sont suffisamment dilatés, on obstrue complètement l'orifice de chaque bouteille, en plaçant un petit embout de verre dans le centre du bouchon de caoutchouc qui est perforé, comme il a été dit plus haut. Ceci terminé, on soumet de nouveau la marmite à une ébullition active pendant trente-cinq à quarante minutes ; au bout de ce temps, on retire les bouteilles, qu'on doit faire refroidir au sortir de la marmite, en les plongeant dans de l'eau à basse température (12 à 15 degrés). Israël a proposé de remplacer le petit embout de verre par un tube en U, également en verre, que l'on placerait dans le bouchon de caoutchouc dès le début de l'opération. Dans la pratique quotidienne, le docteur Vinay conseille de boucher chaque bouteille avec un tampon de coton stérilisé.

L'échauffement au bain-marie, pratiqué de cette façon, ne peut assurément pas détruire tous les micro-organismes, mais il fait disparaître ceux qui sécrètent le ferment lactique et qui sont, en réalité, les agents les plus certains des troubles qui surviennent du côté du tube digestif.

Le lait ainsi traité peut rester, sans se coaguler, pendant trois ou quatre semaines, à la température ordinaire de la chambre ; placé dans un lieu frais, pendant quatre et cinq semaines. S'il doit servir à l'alimentation d'un jeune enfant, il est prudent de ne pas l'utiliser plus de quarante-huit heures après sa préparation. Il faut le conserver à l'abri de la poussière.

Lorsqu'on veut utiliser une des bouteilles pour l'alimentation, il est nécessaire d'élever à nouveau la température du lait ; on peut le faire en faisant chauffer le liquide au bain-marie. Si l'on place le récipient dans une eau assez chaude pour que la main puisse la supporter, il suffit d'attendre quelques minutes pour arriver au degré nécessaire, qui est celui de la température du corps humain.

On enlève alors le bouchon de caoutchouc et on adapte au goulot l'extrémité du biberon. Dès qu'une bouteille a été entamée, elle ne doit plus servir à l'alimentation de l'enfant. Quant à celles qui n'ont pas été ouvertes, il n'y a aucun inconvénient à les garder jusqu'au lendemain.

Pour pratiquer cette méthode, il est inutile d'avoir recours à l'appareil qu'a fait construire

Soxhlet. Un récipient quelconque, qui recevra l'eau, et qui doit être divisé en deux parties pour empêcher les bouteilles de toucher le fond, de petits flacons d'une contenance de 150 à 200 grammes, et fermés par un tampon de coton stérilisé, un foyer de chaleur et un thermomètre, voilà qui suffit à la pasteurisation du lait dans l'intérieur du ménage.

Il est nécessaire de désintecter l'estomac et le tube digestif par le lavage de l'estomac et les évacuants avant d'administrer le lait stérilisé chez les enfants malades. Cet aliment ne renferme pas de germes, mais dès qu'il est absorbé, il en rencontre sur toute la longueur du tube digestif, et il peut subir à leur contact des fermentations anormales (Maar, Uhlig).

Les résultats obtenus par cette méthode ont été tellement frappants, que la municipalité de Leipzig s'est adressée aux pharmaciens pour les charger de tenir à la disposition du public le lait traité par la pasteurisation. Dans le cas où cette décision, qui est récente, se généraliserait, il serait intéressant de savoir quelle influence elle peut avoir sur la mortalité infantile dans les grandes villes d'Allemagne.

Il nous a paru utile de signaler cette méthode à nos lecteurs et de la décrire en détail. Ceux qui habitent les grandes villes pourront la mettre à l'essai, et, si elle tient ses promesses, en faire profiter de très nombreux enfants dont l'alimentation est actuellement déplorable.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment il faut rechercher l'hystérie.

Sydenham disait qu'il faut toujours soupçonner l'hystérie chez la femme. M. Charcot nous a appris qu'il fallait aujourd'hui la soupçonner chez tout malade sans distinction de sexe ; peut-être même y a-t-il, au moins dans une certaine classe sociale, plus d'hystériques mâles. P. Marie, faisant la recherche de l'hystérie à la consultation du bureau central des hôpitaux où viennent affluer chaque jour tant de vagabonds et de désemparés de la vie, a donné par des chiffres la preuve irrécusable de la fréquence de l'hystérie parmi les pauvres gens du sexe masculin.

Depuis longtemps les médecins d'enfants ont étudié l'hystérie chez la petite fille et chez le petit garçon ; et dernièrement M. de Fleury nous décrivait l'hystérie sénile. Aujourd'hui le devoir s'impose donc au clinicien de rechercher l'hystérie chez tout malade au même titre que les diathèses, les grandes intoxications et les infections dont peut se trouver grevé son passé pathologique.

C'est dans l'enquête sur les commémoratifs et l'anamnèse, dans l'établissement du bilan de son malade que le médecin prouve ses connaissances en pathologie, c'est là qu'il puise les plus utiles indications non seulement pour le diagnostic, mais pour le pronostic et la thérapeutique.

Parmi les tares importantes qui peuvent grever l'état présent d'un malade, les trois questions qu'il faut poser de suite sont : est-il syphilitique, — alcoolique, — hystérique ?

On répondra à la première, non seulement par l'interrogatoire du malade qui peut vouloir nier ou n'a jamais su ou a oublié l'accident initial de la syphilis, mais par la recherche des cicatrices, des ganglions, des exostoses, etc. A la seconde permettront de répondre les renseignements tirés des fonctions digestives (gastrorrhée pituiteuse, congestion hépatique), cérébrales et médullaires, (sensibilité et motricité) : insomnies, cauchemars, zoopsie, anesthésie des extrémités avec troubles vaso-moteurs, zones d'hyperesthésie, tremblement des mains et de la langue, crampes des mollets, etc.

Quant à l'hystérie qui peut exister seule, mais qui vient si souvent s'ajouter à l'infection syphilitique et à l'intoxication éthylique qu'on a pu la considérer comme engendrée par elles (hystérie toxique), comment doit-on s'y prendre pour la rechercher ?

Si on ne diagnostiquait l'hystérie que chez les sujets qui ont présenté des attaques convulsives, on la laisserait passer sans la voir neuf fois sur dix ; c'est ce qui arrivait avant les recherches de l'école de la Salpêtrière. Nous savons aujourd'hui que, chez la plupart des individus entachés d'hystérie, les manifestations convulsives sont rares ; elles le sont surtout dans le sexe masculin, chez les enfants et chez les femmes âgées. Mais l'*hystérie latente* se révèle à qui sait la chercher par des *stigmates* qui peuvent être nombreux, qui acquièrent d'autant plus de valeur au point de vue du diagnostic qu'ils sont en plus grand nombre, mais qui, même réduits à un très petit nombre, à un ou deux, peuvent déjà éclairer singulièrement un problème clinique obscur.

Le facies est quelquefois assez révélateur ; en ce sens que l'éclat particulier du regard, le brillant humide des conjonctives, le regard effronté ou au contraire sournois sous des paupières battantes et promptement abaissées, la mobilité des traits, l'air éveillé et intelligent forment les caractères d'un certain type d'hystérique féminin et qui se rencontre chez la jeune fille et la femme. Mais il ne peut constituer qu'une présomption bien mince, car l'hystérie peut exister avec tous les facies possibles, avec un air endormi et atone, avec des traits rigides et sévères, avec des yeux mornes, avec une barbe de sapeur et des moustaches de Hongrois. Cependant il faudra noter, quand on la rencontrera, cette déviation latérale avec abaissement d'une des commissures buccales qui peut simuler la paralysie faciale d'un côté et que M. Charcot et ses élèves nous ont appris être un hémi-spasme des muscles du côté opposé de la face, qu'accompagne une déviation de la langue quand on la fait sortir de la bouche (hémi-spasme glosso labié des hystériques). De plus récentes communications sur ce sujet ont d'ailleurs montré qu'il peut exister chez les hystériques des parésies faciales véritables.

En première ligne on examinera la SENSIBILITÉ, qui peut être affectée dans ses différents modes, pervertie par excès ou par défaut, et dans les différentes régions du corps.

L'*anesthésie* est le trouble le plus fréquent, mais pour le rechercher, il ne faut pas se contenter du procédé par trop simple dont se contentent trop de médecins et qui consiste à pincer plus ou moins brutalement la peau des mains et des avant-bras en demandant à la personne examinée si elle sent le pincement ; on ne peut trouver ainsi qu'une anesthésie grossière. Il faut prendre une épingle propre, couvrir avec une main les paupières closes, et toucher légèrement d'abord, puis progressivement plus fort, mais toujours avec

la même force dans deux points symétriques, en disant à la personne examinée : « Qu'est-ce que je vous fais? » et en attendant une réponse précise avant de porter l'épingle ailleurs. On passera ainsi rapidement en revue l'état de la sensibilité à la piqûre dans les divers segments des membres et des deux moitiés du corps. On pourra trouver ainsi soit une *hémianesthésie totale*, soit une anesthésie qui occupe tout un segment de membre en cessant brusquement à sa racine en suivant une ligne presque circulaire, (*anesthésie en gigot* de M. Charcot), soit des *plaques d'anesthésie* plus restreintes et irrégulièrement disséminées en divers points du corps.

On explorera ensuite non plus avec la pointe de l'épingle, mais avec la tête de celle-ci, la pulpe de l'index ou le manche d'une cuiller, certaines muqueuses, la conjonctive bulbaire par exemple, l'entrée des fosses nasales, la langue et surtout l'isthme du gosier. Ce dernier mode d'exploration est d'une importance toute particulière : un individu normal ne peut tolérer, sans éprouver aussitôt avec une énergie extrême le réflexe nauséeux, le contact de l'index ou du manche d'une cuiller sur la base de la langue, les piliers du voile du palais et surtout l'épiglotte, et vous pouvez être assuré qu'un sujet qui a une *anesthésie pharyngo-épiglottique*, est suspect d'hystérie, n'eût-il aucun autre stigmate de la névrose.

Après la sensibilité au contact, on explorera utilement la *sensibilité au chatouillement* de la plante des pieds, de la muqueuse pituitaire, et la sensibilité *aux températures* extrêmes en plaçant au contact de la peau successivement une cuillère froide ou une cuillère trempée dans l'eau chaude.

Après les anesthésies, il faut rechercher les zones d'*hypéresthésie* ; celles-ci d'ordinaire beaucoup plus restreintes ; on promènera la pulpe de l'index en différents points du corps surtout du tronc, de l'abdomen, du cuir chevelu ; la face interne et antérieure des cuisses, les flancs, l'épigastre et les hypochondres, les espaces intercostaux, la région sous-mammaire, la fosse sous-épineuse, les gouttières vertébrales et les apophyses épineuses, les régions cervicales latérales, mastoïdiennes et occipitale, le vertex, sont les points à explorer. La zone d'hypéresthésie aura pu être signalée par le malade lui-même ; on en rencontre qui se plaignent qu'ils ont en un certain point de la peau la sensation d'une brûlure ou d'une plaie vive, qui rend insupportable par moment le contact des vêtements. Ces zones d'hypéresthésie peuvent être dans certains cas de véritables *points hystérogènes* dont la pression peut provoquer une attaque convulsive. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; au contraire la peau peut avoir perdu toute sensibilité au toucher, au pincement, à la piqûre en un point dont la pression forte peut provoquer une attaque hystérique.

Dans le même ordre d'idées se place la recherche de la *sensibilité des ovaires* ou des *testicules* à la pression. On déprime avec une certaine force la région ovarienne avec la pulpe des doigts d'une main, renforcés par ceux de l'autre main ; cette pression doit être d'abord faible, puis progressivement croissante, sans être jamais brusque ni brutale. On demande à la malade ce qu'elle éprouve, et toute hystérique répondra au bout de quelques secondes qu'elle se sent la gorge resserrée, qu'elle sent comme une boule qui remonte de l'abdomen vers le larynx ; elle fait des mouvements de déglutition à vide, les joues se colorent, le regard plus brillant prend une expression inquiète, la malade cherche à se soustraire à la pression du médecin et, si elle est sujette à l'hystérie convulsive, l'attaque peut alors éclater. Mais l'ovarie ou hypéresthésie ovarienne est bien loin d'exister chez toutes les hystériques et son absence ne suffit pas à faire écarter l'idée d'hystérie.

La compression du testicule qui est très pénible et angoissante chez tout homme sain, pour peu qu'elle soit assez forte, peut chez un hystérique ou provoquer, faite même légèrement, une angoisse tellement extrême qu'une lipothymie ou une attaque convulsive en soit la conséquence, ou au contraire être supportée avec une insensibilité aussi absolue que l'analgésie du testicule scléreux de certains syphilitiques.

Passons à l'*examen des sens* : avant tout, la vision, qui doit être explorée au point de vue de l'acuité comparée des deux côtés (*amblyopie* hystérique), de la perception des couleurs (*dyschromatopsie* ou *achromatopsie*), le violet et le vert sont les couleurs que les hystériques cessent de percevoir les premières, en général, puis le jaune, le bleu et le rouge ; le *rétrécissement du champ visuel*, stigmate fréquent d'hystérie, se recherche de la façon suivante : vous dites au malade de fixer avec ses deux yeux le bout de votre nez ou l'un de vos index que vous placez juste en face de lui, pendant ce temps vous écartez plus ou moins l'index de votre autre main. Un individu normal peut très bien voir à la fois les deux doigts, si le second n'est pas écarté du premier de plus de 80 centimètres à 1 mètre. Beaucoup d'hystériques ne perçoivent guère les deux objets que s'ils sont à 50 ou 30 centimètres l'un de l'autre, ou même moins encore.

L'acuité auditive est à explorer aussi comparativement des deux côtés ainsi que la perception des o*deurs* et des *saveurs*. L'anosmie bilatérale plus ou moins accentuée est fréquente chez une foule de gens non hystériques pour des causes locales, mais ce qui est rare en dehors de l'hystérie, c'est l'anosmie unilatérale ; la même réflexion s'applique à la perception des saveurs amère et sucrée sur les deux moitiés de la langue. La suppression du goût est quelquefois si accentuée chez des hystériques qu'elle est à elle seule une révélation ; je connais une dame qui avale sans sourciller de la teinture d'asa fœtida et de valériane.

Un ordre de troubles qu'il faut rechercher, quand on veut dépister l'hystérie, c'est la *tendance aux contractures* ; elle existe aussi dans certaines intoxications, notamment dans l'alcoolisme, mais pas de la même façon ; l'alcoolique éprouve souvent des crampes nocturnes des mollets, mais bon nombre d'hystériques, à l'occasion d'un effort quelque peu prolongé, de la fixation de certains groupes musculaires dans une attitude un peu forcée, ou par la compression énergique d'un segment de membre, y éprouvent aussitôt une contracture assez durable. C'est le phénomène qu'on a appelé, aussi improprement que possible, diathèse de contractures ; il n'y a rien de diathésique dans cette hyperexcitabilité neuromusculaire ou réflectivité exagérée des cordons latéraux de la moelle. Pour la mettre en évidence dans les cas frustes, l'Ecole de la Salpêtrière a conseillé l'application d'un lien élastique assez

serré, comme la bande d'Esmarch, sur un segment de membre; presque aussitôt la contraction se manifeste avec intensité sur le membre ischémié, si le sujet est entaché d'hystérie à un degré assez accentué.

Il y a bien d'autres symptômes à rechercher chez un hystérique. Mais ce que j'ai voulu indiquer, ce sont ceux qui permettent d'affirmer l'hystérie chez un individu atteint d'ailleurs d'une autre maladie, et cette mise en évidence du terrain névropathique sur lequel évolue cette autre maladie est fort utile, je n'ai pas à y insister, au point de vue du diagnostic, et du traitement. Ce n'est pas le moment de traiter à fond cette question.

Quelques exemples suffiront à fixer les idées. Un syphilitique présente un certain nombre de symptômes nerveux de nature à faire soupçonner une lésion systématique ou diffuse, scléreuse ou gommeuse, des centres nerveux ; mais ces symptômes sont assez vagues ; avant d'affirmer qu'il s'agit bien d'une lésion essentiellement syphilitique, recherchez les stigmates de l'hystérie, car il est certain que la syphilis soit par elle-même, soit agissant sur un prédisposé, développe l'hystérie. L'importance du problème réside surtout en ceci, que le traitement iodo-hydrargyrique, qui fait disparaître si promptement les accidents vraiment syphilitiques, ne peut rien contre les troubles hystériques, et souvent les aggrave, si même quelquefois il ne contribue pas à les provoquer, du moins par l'intermédiaire de l'hydrargyrisme. Tirez encore de la fréquence de l'hystérie chez les syphilitiques cette conclusion que, si le traitement spécifique a échoué contre certains troubles nerveux survenant chez un syphilitique, il ne faut pas immédiatement en conclure que celui-ci est atteint de lésions destructives scléreuses, mais essayer les moyens qui guérissent l'hystérie, les agents esthésiogènes et antispasmodiques ; l'électricité et l'hydrothérapie, la strychnine et la valériane, voire l'hypnotisme pourront faire ce que ne feraient pas des kilogrammes d'iodure et de mercure.

Rappellerai-je aussi les modifications que l'existence de l'hystérie chez le malade peuvent apporter dans le diagnostic et le pronostic de certaines affections, même non hystériques du tube digestif, de certaines maladies aiguës infectieuses : les pseudo-méningites et les pseudo-péritonites survenant au cours de la fièvre typhoïde par exemple ?

P. Le Gendre.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *Autoplastie dans les ulcères de jambe.* — II. *Traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale.* — III. *Les variétés de chéloïdes et leur traitement.*— IV. *Des accidents produits par les cautérisations de la muqueuse utérine.* — V. *De l'appendicite et de son traitement.*

I. A l'Académie de médecine.

M. *P. Berger* a présenté à l'*Académie* deux malades chez lesquels il a guéri des ulcères de jambe ayant résisté à tous les modes de traitement : c'est grâce à l'autoplastie pratiquée suivant la méthode italienne que M. Berger a obtenu ce double succès.

Chez l'un de ces malades, l'ulcère probablement d'origine syphilitique s'était cicatrisé ; mais la rétraction des tissus sous-jacents avait déterminé au niveau du tiers inférieur de la jambe un étranglement circulaire qui avait eu pour conséquence un œdème persistant du pied, des altérations trophiques de la peau, des rétractions tendineuses qui portaient les orteils en griffe et une raideur totale des articulations du pied et du cou-de-pied. L'amputation de la jambe semblait la seule opération à tenter. Cependant par quatre opérations successives, pratiquées en dix-huit mois, M. Berger est parvenu à reconstituer les téguments normaux sur toute la circonférence de la jambe et a guéri l'ulcère en empruntant quatre vastes lambeaux cutanés, pourvus de leur tissu cellulaire, soit à la cuisse correspondante, soit à la jambe et à la cuisse opposée. Les troubles trophiques du pied et les raideurs ont disparu, le membre est redevenu tout à fait bon pour la marche.

M. Berger n'a pas seulement pour but d'obtenir une cicatrice résistante, mais encore de pourvoir le membre de téguments normaux doublés d'un tissu cellulaire qui en permette le glissement. On arrive ainsi à faire disparaître la rétraction cicatricielle et ses conséquences, à libérer les parties profondes en extirpant non seulement l'ulcère, mais les tissus sur lesquels il repose.

Pour que l'on puisse obtenir la guérison d'un ulcère par la méthode italienne d'autoplastie, il faut que le membre sur lequel on prend les lambeaux soit sain : ce sont des opérations qui ne doivent être entreprises que sur des sujets jeunes et bien portants, et qui sont par conséquent peu applicables aux véritables ulcères variqueux.

II. Traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale (1).

M. *L. G. Richelot* cherche à établir que le pronostic de l'hystérectomie abdominale pour fibromes n'est guère plus grave aujourd'hui que celui de l'ovariotomie ; ce chirurgien se déclare partisan résolu de la *méthode intra-péritonéale du pédicule*, grâce au *procédé de la ligature élastique perdue*.

Cette ligature élastique se fait avec un cordon plein ou un tube, tel qu'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge; lorsque l'utérus suivi de ses fibromes est sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large ; on l'étire fortement, on croise les deux chefs en avant, on les fixe au moyen d'un clamp. L'hémostase étant assurée, on enlève la masse fibreuse par quelques coups de bistouri ; la ligature est serrée davantage, s'il le faut, les chefs sont unis solidement par un fil de soie, le clamp est enlevé. On excise les dernières portions des fibromes qui généralement n'envahissent pas le segment inférieur, de telle sorte que la section définitive pratiquée à une petite distance du lien élastique, montre le tissu du col et au centre la muqueuse utérine. La surface de section exige un traitement particulier ; il faut détruire le bout de muqueuse utérine qui dépasse la ligature et dont la sécrétion pourrait infecter le péritoine, il suffit d'y plonger deux ou trois fois la pointe du thermo-cautère. Abandonné à lui-même, le pédi-

(1) *Annales de Gynécologie*, octobre 1890.

cule retombe dans la cavité pelvienne. Comme dernière précaution, il faut disposer l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon. Après avoir étalé l'épiploon, on l'amène jusque sur la tranche utérine, qu'il sépare de la masse intestinale.

La ligature élastique perdue s'enkyste ordinairement ; quelquefois elle s'élimine par le museau de tanche. Une malade de M. Richelot l'a rendue après un an, une autre au bout de 5 mois ; cela tient sans doute à ce qu'elle coupe entièrement la paroi utérine.

III. Les variétés de chéloïdes et leur traitement.

Notre ami le Dr A. F. Plicque publie sur ce sujet une intéressante revue (1) dans laquelle il étudie les variétés anatomiques et les divers modes de traitement.

Les chéloïdes peuvent se développer soit sur des cicatrices préexistantes, soit sur la peau saine. Les chéloïdes cicatricielles ont parfois pour origine des cicatricules insignifiantes : c'est ainsi qu'on en a vu prendre leur point de départ sur des piqûres de sangsue, sur des cicatrices de saignées et même sur de simples érosions de grattage. Si les chéloïdes peuvent résulter de lésions minimes, (acné, sycosis, etc.), c'est le plus souvent à la suite de lésions plus profondes où la cicatrisation a été longue et difficile qu'on les observe. Les chéloïdes d'origine accidentelle succèdent à des brûlures, à des révulsifs énergiques. Les chéloïdes d'origine pathologique ont été particulièrement observées à la suite de la variole, de la vaccine, du lupus et surtout des syphilides ulcéreuses.

Les observations de chéloïdes spontanées sont beaucoup plus rares que celles de chéloïdes cicatricielles. La spontanéité entière de ces chéloïdes, leur indépendance complète de la plus légère lésion traumatique sont quand elles sont isolées, fort difficiles à établir.

D'ailleurs, qu'il s'agisse de chéloïdes entièrement spontanées ou de chéloïdes succédant à un traumatisme insignifiant, il est certain qu'à côté de l'origine locale douteuse une prédisposition spéciale de l'état général doit intervenir pour expliquer le développement de l'affection. La scrofule ou l'arthritisme semblent souvent constituer un terrain favorable au développement des chéloïdes. Il faut aussi mentionner la prédominance de la chéloïde dans la jeunesse, l'âge adulte et le sexe féminin. La prédisposition toute spéciale de la race nègre pour les chéloïdes offre de l'intérêt en ce que la race nègre étant très sujette à la tuberculose, ce fait peut être invoqué à l'appui du rôle qu'on a fait jouer dans nombre d'observations au terrain scrofuleux. L'hérédité a été enfin signalée dans quelques cas de chéloïdes.

Bien que leur pronostic soit bénin, les chéloïdes, par la difformité qu'elles comportent, par les douleurs qu'elles peuvent entraîner, n'en constituent pas moins une affection sérieuse. Pour en obtenir la disparition complète, on peut essayer trois modes de traitement principaux :

a) Le traitement médical a pour but d'obtenir la disparition complète des chéloïdes ou simplement de calmer les douleurs qu'elles produisent. Localement les préparations mercurielles, pommade ou protoiodure, pommade mercurielle, et en partilier les applications d'emplâtre de Vigo imbriqué en bandelettes, de façon à joindre la compression à l'action résolutive, ont donné des succès, mais il faut les appliquer avec assiduité pendant de longs mois (Hardy). Les badigeonnages de teinture d'iode ou de glycérine iodée constituent un autre bon topique. Un grand nombre d'autres moyens ont été proposés avec des succès divers : douches sulfureuses, pommades à l'iodure de potassium (Cazenave), bains simples à peine tièdes, larges cataplasmes de riz, nitrate d'argent, etc.

Le traitement général repose sur les indications diathésiques. C'est au traitement anti scrofuleux (huile de foie de morue, iode, bains de mer, etc.) qu'on a le plus souvent recours. L'iodure de potassium a donné quelques succès et mérite d'être essayé s'il y a le moindre soupçon de syphilis.

Les douleurs ne peuvent être utilement combattues qu'en combinant le traitement local (pommades narcotiques, injections sous-cutanées de morphine, courants continus, stypage) au traitement général. Le sulfate de quinine et le salicylate de soude contribueront souvent à les apaiser.

b) L'ablation chirurgicale des chéloïdes, pour donner quelques chances de succès, doit être faite très largement ; quand on le pourra, c'est une zone de 2, 3, et même 4 centim. de peau saine qu'il faudra enlever en tous sens avec la chéloïde ; en profondeur, il faudra pénétrer jusqu'à l'aponévrose.

L'emploi de la compression après l'opération a donné, dans quelques observations, de bons résultats pour prévenir les récidives.

c) Les scarifications agissant sans doute par des sections répétées des extrémités nerveuses constituent l'un des moyens les plus efficaces de faire cesser les douleurs et d'amener l'atrophie des chéloïdes. M. Vidal a le premier préconisé leur emploi dans cette affection et bien indiqué leur technique opératoire.

Le scarificateur, que l'on peut au besoin remplacer par un bistouri petit et parfaitement aiguisé, est tenu comme un porte-plume entre le pouce et l'index : Les incisions sont faites aussi légèrement et aussi rapidement que possible, par des mouvements des doigts, et non du poignet. Dans les premières séances elles sont faites à cause de la douleur à 1 centimètre environ les unes des autres, mais ensuite elles sont beaucoup plus rapprochées. Elles doivent dépasser un peu les limites de la chéloïde et la traverser dans toute son épaisseur. Les incisions doivent être faites perpendiculairement et non obliquement à la surface de la peau. Les scarifications s'accompagnent d'une légère hémorrhagie qui est moins abondante dans les chéloïdes que dans le lupus et qui est facilement arrêtée par de petits tampons d'ouate hydrophyle ou de petites plaques d'amadou trempées dans un liquide antiseptique. Le meilleur pansement, après les scarifications, est constitué par des bandelettes d'emplâtre de Vigo : la réunion est obtenue par première intention : il ne reste plus de trace des incisions après trois ou quatre jours. Toute minime qu'elle est, cette opération doit être faite après les précautions antiseptiques ordinaires.

Les séances de scarification sont pratiquées à huit jours d'intervalle ; elles peuvent être plus rapprochées lorsqu'on a affaire à des chéloïdes très étendues ou multiples. Le nombre des séances doit être considérable : la cicatrice nouvelle est d'autant plus mince, régulière et lisse qu'elle a été

(1) *Gaz. des Hopitaux*, 11 octobre 1890.

scarifiée plus souvent. Les scarifications peuvent aussi être employées non plus contre les chéloïdes elles-mêmes, mais contre leurs récidives post-opératoires (Le Dentu).

A côté des scarifications, Brocq recommande l'emploi de l'électrolyse faite au moyen d'aiguilles enfoncées dans la tumeur à une profondeur de 6 à 7 centimètres. L'électrolyse a une action moins fugace que les scarifications ; le mieux, pour obtenir un résultat complet, est d'employer alternativement les deux procédés. Le meilleur mode de pansement, après l'électrolyse comme après les scarifications, consiste dans l'emplâtre de Vigo.

IV. — Des accidents produits par les cautérisations de la muqueuse utérine avec les batons de chlorure de zinc.

Cette méthode de traitement des endométrites présente des inconvénients très sérieux, malgré sa simplicité et son apparente innocuité : c'est ainsi que M. *Routier* a présenté récemment à la Société de Chirurgie une pièce anatomique formée par la trompe, l'ovaire et une poche d'hématocèle qui s'était développée par suite de l'obstruction du canal cervical chez une femme dont on avait traité la métrite par l'application d'un crayon au chlorure de zinc.

M. *Pozzi* fait également des réserves sur l'innocuité de ce traitement : c'est ainsi qu'entre autres il a été consulté par une femme qui se plaignait de très vives douleurs abdominales. Elle avait été cautérisée avec des flèches de chlorure de zinc pour des hémorrhagies utérines abondantes consécutives à un accouchement. Le col était entr'ouvert, mais il existait au-dessus une oblitération de la cavité utérine, telle qu'il était absolument impossible de faire pénétrer le plus petit stylet. Il n'est guère possible de régler les effets de la cautérisation par les crayons de chlorure de zinc : on détruit la muqueuse et une portion variable de la couche musculaire ; on s'expose ainsi à oblitérer la cavité utérine et à provoquer des accidents plus ou moins sérieux de dysménorrhée.

M. *Segond* donne ses soins à quatre malades que l'on a jadis traitées par ces cautérisations, en leur promettant la guérison. Depuis le moment où le caustique a été appliqué, ces femmes souffrent chaque mois de très vives douleurs, dont on ne parvient à modérer l'intensité et à diminuer la durée qu'en ayant recours au cathétérisme par les bougies d'Hégar.

Enfin M. *Quenu* a recueilli l'observation d'une malade de 26 ans cautérisée par M. Dumontpallier lui-même : à son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle présentait les symptômes d'une métrite non douloureuse, consécutive à un accouchement. Le lendemain de son admission, on lui fit une application de bâtons de chlorure de zinc, à la suite de laquelle elle ressentit de vives douleurs pendant 48 heures. Elle sortit au bout de 15 jours, étant considérée comme guérie. Deux ou trois semaines plus tard, elle fut prise de fièvre, de douleurs abdominales, de ballonnement du ventre, d'accidents de salpingite aiguë qui la retinrent trois mois au lit. Depuis cette époque non seulement la métrite n'a pas disparu, mais les accidents inflammatoires ont persisté du côté des annexes : il existe actuellement de la tuméfaction dans la fosse iliaque gauche.

M. *Polaillon*, qui a été l'un des partisans de la méthode, ne nie point ces accidents, mais croit qu'ils ne sont pas suffisants pour faire rejeter la méthode et qu'ils sont souvent dus à une intervention trop énergique. D'après lui, les cautérisations doivent toujours être faites avec modération : il est préférable de les renouveler plutôt que d'agir trop fortement une première fois. Elles réussissent surtout chez les femmes qui ont dépassé l'âge de la ménopause ; mais leur emploi commande certaines réserves à l'égard des jeunes femmes.

V. De l'appendicite et de son traitement.

M. *P. Berger* pense, malgré trois faits malheureux qu'il vient d'observer, que dans les cas d'appendicite avec perforation, c'est à l'opération pratiquée le plus tôt possible qu'il faut avoir recours, si l'on veut avoir quelque espoir de succès. La difficulté est de faire un diagnostic précis entre les différentes variétés d'appendicite et même de distinguer une pérityphlite d'une appendicite.

Lorsqu'on est appelé au début d'une appendicite aiguë ou d'un cas de moyenne intensité, on ne doit plus poser en principe l'intervention immédiate, car la guérison peut survenir spontanément. Si au bout de quarante-huit heures les accidents n'ont pas diminué, il ne faut pas hésiter, non pas à pratiquer une ponction exploratrice, mais à ouvrir le ventre et à vider la collection purulente. Sauf dans certains cas spéciaux, M. Berger donne la préférence à l'incision dans la fosse iliaque.

M. Richelot pense qu'il est très délicat de juger si on doit s'abstenir en présence d'une atteinte légère qui ne paraît pas aller jusqu'à la suppuration, qui peut récidiver et devenir plus grave, mais qui peut aussi guérir d'elle-même ; d'une manière générale il vaut beaucoup mieux agir trop vite que laisser passer le moment favorable. M. Richelot montre que le diagnostic de l'appendicite est plus difficile chez la femme que chez l'homme à cause du voisinage des annexes de l'utérus. On y pense naturellement quand le siège de l'empâtement et de la douleur est un peu haut dans la fosse iliaque et à droite exclusivement ; mais il faut aussi y penser toutes les fois que les symptômes prédominent sérieusement à droite, même s'il y a quelques signes de lésions du côté gauche, même si la douleur est exactement au niveau des annexes. En tout cas l'intervention chirurgicale doit être hardie et précoce.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Secret professionnel et syphilis.

M Boissard demande l'opinion de la Société au sujet d'un cas de déontologie dans lequel le secret professionnel est en jeu et qui peut se résumer de la façon suivante :

Un chef de maison, père de famille, fait appeler son médecin habituel pour donner ses soins à quelqu'un de ses enfants; puis accessoirement il lui dit : « Docteur, veuillez donc bien, je vous prie, examiner ma bonne qui depuis quelque temps me semble souffrante ; je désirerais savoir exactement ce qu'elle a, afin de me decider à la conserver ou à la renvoyer. » Le médecin examine la bonne et constate qu'elle est enceinte de plusieurs mois ; doit-il le dire au maître, qui depuis de longues

années a placé en lui sa confiance, qui l'a commis en quelque sorte à l'examen de sa domestique et qui en somme lui paye des honoraires de ce fait ?

M. G. Piogey est d'avis qu'il faut respecter le secret professionnel de la façon la plus stricte, ici surtout où l'état de grossesse de la bonne n'a été constaté par le médecin que dans l'exercice de sa profession. On ne doit rien répondre aux maîtres de la domestique ou ne le faire que d'une manière évasive. Mais on doit prévenir la bonne du cruel embarras dans lequel on se trouve, et par suite l'engager à dévoiler elle-même son état le plus tôt possible ou quitter sa place.

M. Ozenne partage l'opinion de M. Piogey : il faut garder le secret, surtout puisqu'il n'y a pas de contagion à craindre.

M. Launois se demande si le médecin, appelé par le maître de maison, ne représente pas la famille et, par suite, ne doit pas dire à celle-ci toute la vérité.

M. Morel-Lavallée croit qu'ici surtout, où une question de contagion n'est pas en cause, le secret professionnel doit être rigoureusement observé. Et il devrait en être encore ainsi, même s'il s'agissait d'une affection contagieuse. Par exemple, il y a quelques années, un médecin est venu soumettre au professeur Fournier le cas suivant. Un maître de maison croit remarquer des plaques muqueuses sur les lèvres de son domestique : il fait venir son médecin et lui demande son avis à cet égard. Ce médecin, qui avait constaté nettement l'existence des plaques muqueuses, est venu consulter M. Fournier sur la réponse à faire : or, celui-ci a été d'avis qu'il ne fallait rien dire.

M. G. Piogey partage cette opinion, mais il croit qu'on peut peser sur l'esprit du domestique et lui faire peur, en lui disant par exemple : « Vous allez tout avouer ou vous en aller, sinon je vous dénonce ! »

M. Dubuc cite un cas de ce genre, très difficile à résoudre, qu'il a observé autrefois au Havre, alors qu'il était encore interne : il s'agissait d'une nourrice qui présentait des plaques muqueuses.

M. Delefosse pense que, si la syphilis est en jeu, le cas est grave en raison de la contagion, et alors le médecin ne doit prendre que sa conscience comme règle de conduite. S'il n'y a pas de contagion à craindre, il ne faut rien dire.

(*Société médicale du IXe Arrondissement.*)

L'usurpation des titres par les étrangers.

B.-sur-M., 27 décembre 1890.

Très honoré confrère,

Un officier de santé a-t-il le droit de mettre sur sa porte et sur ses cartes le titre de docteur ? Non, direz-vous ; avec un grand nombre de mes confrères nous pensions comme vous ; il paraît que nous nous trompions ; aucun texte des nombreuses lois que l'Europe nous envie ne défend aux officiers de santé d'usurper le titre de docteur.

La loi a des textes très précis pour nous forcer à prêter notre ministère à la Justice pour une rémunération misérable, pour nous imposer des devoirs nombreux, mais quand il s'agit de nous protéger ou de nous assurer notre dû : plus personne !

Nous avons à B. des confrères anglais qui se sont fait recevoir officiers de santé afin de pouvoir y exercer la médecine. En Angleterre, l'un a le droit de s'intituler membre du royal collège des chirurgiens, l'autre bachelier en médecine. Ces messieurs, avec une désinvolture toute britannique, usurpent le titre de docteurs sur leurs portes et sur leurs cartes.

Le *Syndicat* s'en est ému et a envoyé son président faire une démarche près du procureur de la république pour lui demander de prier ces messieurs de se contenter des titres auxquels ils ont droit et de cesser de se parer des plumes du paon. Voici la réponse qui a été faite :

23 octobre 1890.

Monsieur le Président,

En réponse à votre plainte contre MM. X. et Y, qui exerceraient la médecine en prenant abusivement le titre de docteurs, alors qu'ils sont en France seulement des officiers de santé, j'ai l'honneur de vous faire connaître que ce fait ne tombe pas sous le coup de la loi pénale, si ces messieurs exercent dans les limites du département et ne pratiquent pas seuls les grandes opérations.

L'usurpation du titre de docteur en médecine par un officier de santé ne constitue à elle seule ni le délit prévu soit par l'article 258, soit par l'article 259 du code pénal, ni l'infraction prévue par la loi du 19 ventose an XI (articles 35-36).

Il reste, bien entendu, à vos confrères, à vous, la faculté de poursuivre MM. X. et Y. devant la juridiction civile, pour leur réclamer des dommages intérêts.

C'est à votre association à apprécier l'opportunité d'une pareille mesure.

Veuillez agréer, M. le président, avec mes sincères regrets de ne pouvoir répondre à votre attente, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Le procureur de la république.

T.

Pas de commentaires n'est-ce pas.

Agréez.

D^r H.

FAITS CLINIQUES

Hémi-contracture gauche datant de huit mois, guérie en une séance par la suggestion hypnotique.

Sigean (Aude), 18 octobre 1890.

Monsieur le Rédacteur du *Concours Médical*, Paris.

Ceux de vos lecteurs qu'intéressent les observations relatives à la suggestion hypnotique employée comme agent thérapeutique se rappellent peut-être la communication que je vous ai faite de quelques cas de contracture spasmodique du bras guéris par la méthode hypnotique et que votre journal a publiée le 14 juin de cette même année.

Voici un nouveau cas très intéressant d'hémi-contracture guérie en une seule séance par l'intervention psychique de la suggestion.

A la date du 2 octobre, il y a par conséquent seize jours, le nommé Marty (Paul), âgé de 19 ans, m'est adressé par le docteur Soulayrac, de Narbonne. C'est un jeune homme bien développé, paraissant très intelligent, et présentant toutes les apparences de la santé, sauf qu'il ne peut marcher sans le secours d'une béquille par suite d'une ré-

traction très marquée du membre inférieur gauche.

D'après les renseignements fournis par mon excellent confrère, le jeune Marty se plaignit il y a trois ans d'une très vive douleur dans la région lombaire. Cette douleur semblait avoir été provoquée par un refroidissement, et le docteur qui l'examina diagnostiqua un mal de Pott. Ce diagnostic fut confirmé par un de nos meilleurs praticiens de la région, et l'on appliqua à l'endroit suspect une série de pointes de feu. Quelque temps après, à la suite d'une vive frayeur, apparaît une rétraction des fléchisseurs de l'avant-bras gauche, et en même temps une parésie du membre inférieur gauche. Le membre inférieur droit était pris par intervalle, mais le membre gauche constamment. Simultanément éclatent pour la première fois des crises nerveuses se renouvelant plusieurs fois dans la journée et rappelant la première période convulsive de l'attaque hystérique ; aucun renseignement sur l'état de la sensibilité au contact, à la douleur et à la température.

Dès ce moment, le diagnostic de mal de Pott est abandonné et l'on croit avoir affaire à une lésion médullaire. Le malade est envoyé à La Malou. Là, dés les premiers bains, éclate une hémiplégie gauche presque complète, laquelle persiste pendant trois semaines. Les crises nerveuses deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus fortes. C'est alors que le diagnostic est de nouveau modifié et que l'on songe à une névrose hystérique. Un traitement est immédiatement institué dans ce sens, mais le malade reste toujours dans le même état sans aucune amélioration.

Mon confrère de Narbonne, connaissant les excellents résultats que j'obtenais par la suggestion hypnotique, se décide à m'envoyer ce malade.

Voici dans quel état se trouvait le jeune Marty quand il est arrivé chez moi. La marche est impossible sans le secours d'une béquille ; le membre inférieur gauche est fortement contracturé ; la jambe fléchie sur la cuisse, et la cuisse sur l'abdomen. La contracture du membre supérieur gauche est surtout prononcée dans les fléchisseurs de l'avant-bras, la main est en forme de griffe. Anesthésie de toute la partie gauche, analgésie et thermo-anesthésie. La dissociation de la sensibilité n'existe pas. Mouvements choréiques des muscles de la face surtout prononcés à gauche Du côté de la colonne vertébrale, dans toute la région dorsale et au niveau des premières lombaires, il existe une hyperesthésie très marquée. Le plus léger contact détermine une crise nerveuse, qui se traduit par des mouvements spasmodiques généralisés avec tendance à l'opisthotonos.

Je reconnais, comme mon confrère, l'existence d'une névrose hystérique et immédiatement je soumets le jeune malade au traitement de la suggestion. Je procède suivant la méthode de l'Ecole de Nancy, la vraie méthode scientifique, sans le secours d'aucun aimant, d'aucun miroir, ni d'aucun tambour. Au bout de trois minutes, l'hypnose se produit et je pratique la suggestion pendant un quart d'heure. A trois reprises différentes une crise est sur le point d'éclater, mais heureusement je la fais rapidement avorter. A son réveil, le malade semble d'abord tout stupéfié, il se tâte, il se pince, il s'examine et il ne peut en croire ses yeux, il croit être le jouet d'un rêve. La contracture n'existe plus ni au membre supérieur, ni au membre inférieur, la sensibilité est entièrement revenue. Ce jeune homme est guéri.

La guérison s'est maintenue ; les crises nerveuses n'ont pas reparu, l'état général est excellent et tout fait présumer que la guérison est définitive.

Dans quelque temps je vous enverrai une observation encore plus concluante. Elle prouvera aux plus sceptiques que le traitement psychique de la suggestion est destiné à occuper une place importante dans le traitement des névroses. Cette observation est celle d'un homme de trente ans atteint depuis six ans d'une myélite syphilitique avec paraplégie complète.

Recevez mes confraternelles salutations,

Dr David (de Sigean).

Siège décomplété. — P. S. I. D. A. — Extraction par le forceps. — Enfant mort.

Le seigle ergoté est-il positivement le pestiféré que l'on sait ? Mérite-t-il dans tous les cas la réprobation dont on l'honore, et n'est-il pas des circonstances où ce paria des expulseurs légitime ses droits à l'existence par une autorité d'action qu'aucun autre agent extérieur ou intérieur ne saurait contrebalancer ? Dussions-nous être mis à l'index par tout le corps savant des accoucheurs, nous n'hésiterons pas à publier ici un cas de dystocie, où, tout en nous amenant un enfant mort, ce bouc émissaire de tous les méfaits de la parturition a rendu un service signalé à l'accouchée et, ce qui n'est pas non plus à dédaigner... à l'accoucheur fort ennuyé. Voici le fait dans toute son éloquence.

. . . .

La discussion soulevée au sein de la Société obstétricale par le travail du Dr Maygrier, discussion pleine d'intérêt, puisque les maîtres de l'art y ont donné avec ensemble était à peine refroidie que l'occasion de descendre à mon tour le versant obstétrical si riche en éboulements venait s'offrir tout à coup au modeste praticien que sa situation cantonale oblige à tout embrasser.

La nommée S. est âgée de 42 ans, primipare, mariée depuis deux ans environ. Il y a 36 heures qu'elle est en travail quand la sage-femme qui croit à une présentation de la tête me fait prier d'intervenir. L'enfant est vivant, les douleurs pathologiques, la dilatation de l'étendue d'une pièce de cinq francs. Le siège, au détroit supérieur, se présente décompléte en sacro-iliaque droite antérieure, issue d'eau méconiale.

Prescription : Laudanum en lavement jusqu'à cessation des douleurs pathologiques.

Six heures après, l'effet cherché était obtenu, les douleurs suspendues pendant deux heures avaient repris, puis malheureusement disparu. Le col ramolli a gagné un centimètre. Le siège reste toujours très élevé.

L'état de la mère, entretenue par du vin et du bouillon, et celui de l'enfant demeurant relativement satisfaisants, je crois devoir attendre la dilatation complète avant d'intervenir, s'il y a lieu.

En dépit des excitations usuelles, titillations du col, injections chaudes, marche, etc., les douleurs ne se raniment pas et l'inertie est complète. La mère s'épuise et le pouls se précipite. Deux doigts introduits dans le col non dilaté, mais un peu dilatable et fixés sur l'aine du fœtus n'amènent rien, malgré la traction complémentaire de l'autre main

fixée sur le poignet du membre tracteur. Les deux doigts fixés péniblement à la racine des cuisses abaissent bien le fœtus, mais à peine ont-ils lâché prise qu'il remonte avec un entrain désolant. Je cherche sans espoir à fléchir un membre pour amener une extrémité; nouvelle déception tellement radicale, que je ne tente plus la manœuvre. Le leniceps de Matteï, appliqué en rétroceps à travers un orifice de six centimètres environ, exerce d'abord une traction vigoureuse, puis dérape. Le lacs, tenté deux fois, est impossible à passer. J'avoue n'avoir pas eu de porte-lacs à ma disposition. C'est à peine si toutes ces manœuvres répétées trois fois à dix minutes d'intervalle amènent un supplément de dilatation d'un demi-centimètre.

Comme nos confrères peuvent en juger, la situation ne manque pas de charme. Une primipare de 42 ans en pleine inertie, un col à moitié dilaté et un siège décomplété fixé au détroit supérieur, abaissable ni par les doigts, ni par les lacs, ni par le rétroceps, quarante-huit heures de travail, et un pouls qui commence à galoper. Voilà l'ensemble inquiétant qu'il me faut résoudre coûte que coûte.

Je ne sais pas au juste ce que nos distingués confrères des hôpitaux auraient fait dans l'espèce. Mais, à tout prix, il me faut une dilatation et un enfant accessible, c'est-à-dire un enfant dans le petit bassin. Sinon je perds tout, la mère et le produit, et ce qui est plus grave, l'un portant l'autre. J'ordonne donc bravement, des granules ocytociques (strychnine, hyoscyamine) appuyés — c'est horrible à avouer — d'une injection sous-cutanée de seigle ergoté (teinture). J'invite la sage-femme dans mon absence à ausculter fréquemment le cœur fœtal et à m'envoyer chercher s'il se passe de ce côté le plus petit phénomène anormal.

Sept heures après je retourne spontanément. L'utérus a senti l'éperon, le siège est dans l'excavation où il demeure enclavé. L'auscultation de l'enfant me prouve que la matrone a failli à son mandat et que l'existence de l'enfant est compromise. Des tractions exercées avec les doigts au pli de l'aine n'ayant point encore abouti, la pose d'un lacs ayant échoué, j'applique, malgré les désavantages de la position S. I. D. A., le vulgaire forceps de Levret sur le siége. De ma vie je n'ai eu une prise pareille sur une tête et Dieu sait pourtant les belles tractions qu'il m'a fallu faire pour extraire un derrière qui n'était pourtant pas phénoménal. Les bras relevés sur les côtés de la tête viennent nuire encore à la rapidité de l'extraction. Aussi l'enfant ne peut-il être ranimé. Malgré la durée d'un travail de 72 heures et toutes les manœuvres obligées, et elles furent nombreuses, la parturiente n'a rien ressenti d'insolite et elle se trouve aujourd'hui complètement rétablie.

Je pense qu'aucun de mes confrères ne niera le rude coup de main que m'a donné ici le seigle ergoté pour le sauvetage de la mère, en amenant de force une dilatation qu'aucun instrument, pas plus les lacs de Barnes que le retroceps introduit difficultueusement par l'orifice n'eussent pu produire. En admettant que le seigle ergoté ait été un facteur de la mort de l'enfant — ce qui n'est point prouvé, puisque dans ces sortes de présentations la statistique sans seigle ergoté donne une mort sur trois — en admettant, dis-je, que ce soit le pelé et le tondu de cette situation insolite, je me demande un peu comment sans lui, et sans tuer l'enfant en l'extrayant de vive force à l'aide du cranioclaste ou du céphalotribe après incision préalable du col, j'aurais pu réaliser le salut de la mère et la libération du territoire.

Le seigle ergoté est incontestablement un agent dangereux, mais il est des cas où un ennemi même est utile et où, comme Caussidière, le médecin doit faire de l'ordre avec du désordre.

Dr G. Reignier (de Surgères),
Membre correspondant de la Société de Médecine pratique.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical du Cher, région Nord.

Compte rendu des séances syndicales pendant l'année 1890.

Le syndicat médical du Cher, région Nord, s'est réuni au siège social à Henrichemont le 31 mars et le 22 septembre. En outre, la Chambre syndicale s'est réunie à la requête d'un membre pour examiner un conflit survenu entre deux médecins syndiqués. La première réunion a été exclusivement consacrée à l'examen et à l'adoption d'un tarif d'honoraires médico-légaux pour répondre à la circulaire du ministre de la justice. Ce tarif consacre pour le médecin requis le traitement d'expert, par vacations, toutes les fois que ce mode peut être appliqué. Les prix des diverses opérations qui font l'objet de la mission du médecin légiste sont établis sur les bases posées par d'autres syndicats.

Au début de la réunion du 22 septembre, le secrétaire donne lecture de la décision prise par la Chambre syndicale relativement au différend survenu entre deux collègues : Le syndicat approuve la mesure prise par le bureau.

Le secrétaire fait ensuite un exposé de la situation du syndicat depuis sa fondation en 1882. Il fait ressortir les avantages moraux et matériels du rapprochement entre confrères d'une même région. — Cette bonne harmonie a permis de fixer l'unification des honoraires et de traiter avec l'administration des questions d'assistance médicale en assurant aux médecins une situation plus digne et mieux rétribuée.

L'union cimentée par huit années d'existence donne force et confiance pour défendre les intérêts professionnels, et en particulier pour faire triompher les idées raisonnables et pratiques, lors de la discussion prochaine des lois qui intéressent la profession médicale.

La discussion de la loi sur l'exercice de la médecine et de l'assistance médicale dans les campagnes est mise à l'ordre du jour. Le docteur Decenuère, président, est chargé de présenter un rapport sur la première, et les docteurs Courrèges et Barbé sur la seconde à la prochaine réunion.

Le syndicat adopte une résolution tendant à laisser à ses membres toute liberté pour donner ou refuser les soins aux nourrissons malades, at-

tendu que l'administration départementale refuse de payer les frais de maladie au tarif réduit de 50 %.

Il maintient également, malgré les instances du Préfet, le prix des certificats aux nourrices, à deux francs.

Il donne un avis favorable au projet du docteur Courrèges de provoquer, à l'aide des bureaux de placement, la création d'une assurance contre les risques de maladie des nourrissons ; la caisse serait alimentée par une faible cotisation versée par les familles au moment de l'envoi à la campagne.

Un avis favorable est donné à l'idée d'une fédération des syndicats du département, à la condition toutefois que cette fédération ne se confonde pas avec la Société locale.

Le syndicat décide de se faire représenter à la séance de l'Union des Syndicats à Paris, et désigne le docteur Courrèges pour cette mission.

L'Assemblée décide d'agir auprès des représentants du département en vue de l'adoption du projet sur l'exercice de la médecine qui contiendra les trois points suivants :

1° Unité de grades.

2° Exercice illégal de la médecine poursuivi à la diligence des parquets, et non comme aujourd'hui sur la plainte des intéressés.

3° La reconnaissance légale des syndicats médicaux et l'application entière à ceux-ci de la loi du 21 mars 1884.

Pour extrait conforme:

Les Aix, le 31 octobre 1890.

Le Secrétaire,
Dr Courrèges.

REPORTAGE MÉDICAL

M. le docteur Lavaux, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les affections des voies urinaires, à l'Ecole pratique (amphithéâtre Cruveilhier), le mardi 18 novembre, à 2 heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— Dans sa dernière séance, la Société de médecine de Reims, sur le rapport du docteur Pozzi a voté, à l'unanimité, le rappel de la médaille d'or (valeur 200 francs) qu'elle avait décernée en 1885 au docteur H. Lécuyer, de Beaurieux.

Rappelons à ce propos que le docteur Lécuyer, par ses travaux, par son ardeur à propager la vaccine, et surtout par le dévouement dont il a fait preuve pendant les épidémies, a largement mérité les nombreuses médailles qui lui ont été décernées par l'Ecole de Médecine de Poitiers, les conseils d'hygiène et l'Académie de Médecine de Paris.

Enseignement médical libre. — Le Docteur Baratoux reprendra ses conférences sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx, le mardi 11 novembre à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, et les continuera tous les samedis et mardis à la même heure.

Le chauffage à la Faculté de médecine. — Extrait du feuilleton de l'*Union Médicale :*

« Depuis 1877, la Faculté de médecine est livrée à un architecte qui, sans tenir compte des récriminations, réclamations, etc., de tout le personnel enseignant de la Faculté, doyen en tête, a bâti de droite et de gauche d'énormes murs en pierre de taille limitant des salles qui ne sont d'aucune utilité et ne peuvent servir à rien. Deux doyens ont disparu sans avoir raison de cette incurie ; M. Brouardel, plus heureux, a fait retirer à M. Ginain l'aménagement des salles construites, mais on a dû lui laisser la liberté de construire ce qui restait, de sorte qu'on est encore exposé à voir des salles inutiles succéder aux salles inutiles qui existent déjà. Vous vous demandez comment cela peut avoir lieu ? mon Dieu, c'est bien simple ! Comme architecte constructeur, M. Ginain dépend de la Préfecture de la Seine, de M. Alphand, son ami ; comme architecte aménageateur, il dépend du ministère de l'instruction publique, de M. Brouardel et de M. Liard ; par conséquent, on ne peut toucher à M. Ginain comme constructeur, M. Alphand l'ayant pris sous sa haute protection ; aussi continue-t-il à construire envers et contre tous ; on n'a pu que lui retirer l'aménagement des constructions. Mais nous voilà bien avancés !

En effet, dans la dernière séance du Conseil général des Facultés, M. Brouardel a fait entendre des doléances très vives sur la situation lamentable où se trouve la Faculté de médecine de Paris dans les nouveaux bâtiments qu'on lui a construits et dont le chauffage et l'éclairage seuls absorbent presque toutes les ressources et paraissent tout à la fois ruineux et impossibles.

Il suffira, pour donner une idée de cette situation, de noter que, tandis qu'il est alloué 13,000 francs pour cet objet à la Faculté de médecine, chiffre qui suffisait à peine dans son ancien logement, elle dépense aujourd'hui plus de 53,000 francs, soit un déficit de 40,000 francs que l'on comble avec des fonds pris sur l'argent des collections et autres services.

Cet état ira en empirant, car le doyen prévoit, de concert avec l'architecte qui a succédé à M. Ginain, que, lorsque les services seront en train, seules les dépenses de chauffage et d'éclairage, monteront à plus de 40,000 francs ! Et le laboratoire de pathologie expérimentale, dirigé par M. le professeur Straus, est obligé de se contenter d'un budget de 2,400 francs ; et la bibliothèque de la Faculté n'a à sa disposition, pour ses journaux et l'achat des ouvrages, que 10,000 francs, alors que le charbon et le gaz coûtent 90,000 francs ! Que de fumée !

Les doléances de M. Brouardel sont donc pleinement justifiées. Elle le paraîtraient bien davantage à nos lecteurs si nous pouvions entrer dans les détails. Mais à quoi bon ! Il ne peut y avoir de recours contre le grand et unique coupable, l'architecte. Bornons-nous donc à faire des vœux pour que sa retraite suive de près celle de son collègue de l'Académie des Beaux-Arts, et qu'on fasse chauffer à ses frais cette Ecole pratique qui restera comme le plus beau monument de l'incurie et de l'incapacité de M. Ginain. »

Hôpitaux pour les morphinomanes. — On estime que les membres du Corps médical avec leurs auxiliaires, bien qu'ils mettent un soin extrême à se cacher, dépassent la moitié du nombre total des morphinomanes. La cause réside dans la facilité qu'ils ont à se procurer la morphine.

Il n'y a de guérison de la morphinomanie que dans l'internement. Aussi depuis quelques années

il s'est fondé des asiles spéciaux pour les morphinomanes. Le premier a été installé à Schœnberg-Berlin par le Dr Edouard Levinstein. Peu de temps après, il en a surgi un second à Gratz, en Styrie. En 1889, ce dernier renfermait trois cents malades, sans compter ceux qui n'avaient pas pu y trouver place et qui se faisaient soigner en ville. Le traitement est basé sur la suppression immédiate et absolue de la morphine. Plusieurs établissements semblables se sont fondés en Amérique. On n'y est admis qu'après avoir signé l'engagement de se soumettre aveuglément au régime de la maison, quelles que puissent en être les conséquences. Or, ce régime consiste, comme à Gratz, dans la privation brusque et complète du poison. On enferme les malades dans des cellules semblables à celles des asiles d'aliénés et on les y laisse crier et se débattre à leur aise. S'il survient des accidents compromettants pour l'existence, on les traite, mais sans recourir à la morphine.

En France nous n'avons rien de semblable. Les morphinomanes restent chez eux et y meurent tranquillement, tantôt d'une manière subite, tantôt dans le cours d'une maladie ordinaire, aggravée par l'empoisonnement quotidien. Il y en a qui deviennent fous, d'autres qui se suicident. Cette dernière terminaison est devenue plus commune, depuis qu'on a pris l'habitude d'associer la cocaïne à la morphine. On espérait que la première serait un contre-poison pour la seconde. C'est le contraire qui est arrivé. Les deux effets se superposent, il en résulte une forme particulière d'aliénation mentale se traduisant par le délire des persécutions et la tendance au suicide. Deux étudiants en médecine se sont récemment donné la mort sous cette double influence.

(*Le Temps.*)

Les diplômés, comme avocats, médecins, pharmaciens, admis en cette qualité à ne faire qu'un an de service militaire sollicitent en vain l'autorisation d'accomplir leur année dans la ville où ils étudient ou sont occupés. On ne tient pas compte de ces demandes et *ils sont incorporés dans les subdivisions de la région où ils ont tiré au sort.*

Cours Pratique de Chimie, de Microbiologie et de Microscopie. — M. LAFON, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de Médecine, ancien préparateur du Professeur Brouardel, *Directeur du laboratoire de recherches appliquées à la médecine et à l'hygiène,* fera pendant l'année scolaire 1890-1891 un cours pratique permanent de chimie, de microbiologie et de microscopie médicales, dans son laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Ce cours pratique, d'ordre essentiellement technique, est destiné à mettre MM. les Médecins en mesure d'exécuter les examens chimiques microbiologiques et microscopiques les plus usuels que l'on rencontre dans la pratique médicale.

Les méthodes d'analyses et de recherches, qui font l'objet de cet enseignement, sont particulièrement adaptées aux besoins et aux usages de la clinique médicale.

S'inscrire d'avance tous les jours, de trois à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs l'apparition d'un volume destiné à faire grand tapage et à avoir beaucoup de succès dans le monde médical.

L'auteur est un de nos confrères, M. Maurice de Fleury, celui-là même, croyons-nous qui, sous le pseudonyme Horace Bianchon, a publié au *Figaro* des « profils de médecins » qui ont eu le plus retentissant succès et qui vont être réunis en un volume à la Société d'Editions scientifiques.

Amours de Savants, son volume actuel, que publie la bibliothèque Charpentier, est une série de délicieux contes, écrits par un styliste de grand talent qui sait dire à merveille et sans grossièreté les choses les plus hardies et les plus rabelaisiennes. Tous ses héros sont médecins. Dans ce volume où tout est à lire, nous recommandons plus spécialement à nos lecteurs les nouvelles suivantes :

La Pudeur de Marie Nantelle, histoire d'une jeune cliente qui devient amoureuse du gynécologue qui la soigne.

Aux eaux, qui est l'histoire désopilante d'un médecin de villes d'eaux.

La Rivale, Amour paternel, qui se passent dans les laboratoires du Collège de France et de la Faculté.

Une histoire de salle de garde qui a pour titre *Hortensia.*

Une description très vivante du *Concours d'internat.*

L'Aventure du vieux doyen, dont le comique est de tout premier ordre.

Nous n'oserions affirmer que ce volume soit un livre à clef : cependant, beaucoup de nos confrères prétendent y reconnaître des types bien connus dans le monde médical. Adresser 3 fr. 50 au directeur de la Société d'Editions scientifiques pour recevoir franco.

Les Viandes américaines, par le Dr Prosper de Pietra Santa. Br. in-8., 24 p. Prix : 1 fr.

La Syphilis aujourd'hui et chez les anciens, par le Dr F. Buret. 1 v. in-18 de 260 p. Prix : 3 fr. 50.

Les Sciences médicales. Rapport publié par la Société de médecine pratique, à l'occasion de l'Exposition universelle. 1 beau vol. grand in-8 de 320 pages. Cartonné toile anglaise, tête dorée. Prix : 8 fr.

Les Sciences Biologiques en 1889-90. Médecine, hygiène, anthropologie, sciences naturelles, électricité, etc., publiées sous la direction de MM. Charcot, L. Colin, V. Cornil, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Marey, Mathias Duval, Planchon, par livraisons mensuelles de 32 pages. Prix de la livraison : 1 fr. 25. *La quinzième est parue.* Prix de la souscription (payable en une ou deux fois au choix du souscripteur.) 30 fr.

Congrès : La Société d'éditions scientiques a édité le seul compte rendu officiel et in-extenso de la plupart des congrès.

Congrès international de zoologie. Magnifique vovolume in-8 de 520 pages, nombreuses planches hors texte. Prix : 20 fr.

Congrès colonial national. Les deux premiers volumes sont seuls parus à ce jour. Chaque volume. Prix : 6 fr.

Congrès d'hygiène. 1 fort volume in 8 de 1200 pages Prix : 15 fr.

Congrès international d'assistance publique. 2 forts vol. de 700 à 800 p. chacun. Prix : 20 fr.

Congrès monétaire. 1 vol. in-8 de 500 pages. Prix : 7 fr. 50.

Congrès de sauvetage. 1 vol. in-8 de 300 pages. Prix : 4 fr. 50.

La Méthode expérimentale, par J. V. Laborde, de l'Académie de médecine. In-18. Prix : 2 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année N° 47 22 Novembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DU 9 NOVEMBRE 1890

Séance de « l'UNION DES SYNDICATS »

Le 9 novembre 1890, à 2 heures et demie, dans les salons du Grand Hôtel, boulevard des Italiens s'est ouverte la séance des syndicats.

Prennent place au bureau, MM. Cézilly, vice-président de l'Union des Syndicats; Dr Maurat, secrétaire général; Dr Lécuyer, secrétaire-adjoint, et M. le Dr Dumont, aide-major, qui a bien voulu prêter son assistance en qualité de sténographe.

Au début de la séance, le vice-président donne lecture d'une lettre de M. le Dr Barat-Dulaurier, président de l'Union, qui exprime ses vifs regrets d'être retenu auprès d'une proche parente atteinte d'éclampsie puerpérale. M. Cézilly informe également l'Assemblée que MM. *Lardier* et *Destrem*, assesseurs du bureau, sont, le premier dans l'impossibilité de siéger, le syndicat qu'il représente ayant été obligé de se dissoudre et de se reconstituer sous une nouvelle forme; le second, M. Destrem, assesseur depuis plusieurs années, étant retenu par des occupations professionnelles et désireux d'être remplacé dans ses fonctions.

M. Cézilly mentionne, en outre, de nombreuses lettres d'excuses de confrères à la fois membres des *Syndicats* et du *Concours médical*, et il prie M. Lécuyer, secrétaire, de donner lecture du discours envoyé par le président de l'Union, M. Dulaurier :

Discours de M. Barat-Dulaurier :

Messieurs et très honorés confrères,

En ouvrant cette assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux, nous avons à remplir le pénible et pieux devoir de rendre hommage à ceux qui ne sont plus. Jusqu'à ce jour nous avions été épargnés par la mort; mais l'année qui vient de s'écouler a été, pour l'*Union des Syndicats*, une année de deuil. Deux des figures les plus sympathiques de confrères aimés ont disparu depuis notre dernière réunion. Deux anciens *présidents de l'Union* viennent, à bien court intervalle, d'être enlevés, dans la fleur de leur âge et la plénitude de leur talent, à leurs familles éplorées, et à leurs amis consternés.

M. *Margueritte*, du Havre, succombait, il y a quelques mois, aux progrès d'une maladie dont il avait ressenti, depuis longtemps, les premières atteintes et qui, petit à petit, usait cette robuste santé. Tous ceux qui ont connu le Dr Margueritte ont pu apprécier ses solides qualités, son talent, sa modestie. Il avait su, par un travail assidu, conquérir une haute situation dans le corps médical du Havre. De bonne heure, il avait été nommé médecin des hôpitaux de cette ville, et un de ses anciens élèves me disait encore, il y a peu de temps, combien il était aimé de tous ceux qui l'approchaient. Tous ses confrères professaient, à son égard, les sentiments de la plus profonde sympathie, et leurs suffrages avaient fait, de lui, tour à tour, le président du Syndicat du Havre et un des vice-présidents de l'Association de la Seine-Inférieure.

A peine la tombe de Margueritte était-elle fermée qu'un nouveau deuil venait encore nous frapper. Il y a quelques jours, nous apprenions, avec douleur, la fin prématurée du Dr *Leroy*. Vous avez tous présente à la mémoire cette physionomie loyale et sympathique. Comme Margueritte, le docteur Leroy fut un médecin instruit, dévoué et modeste. Puissent nos regrets unanimes porter un soulagement à la douleur immense des deux familles de nos regrettés confrères ! (Adhésion unanime.)

Messieurs, — Il y a un an, vos suffrages, trop bienveillants, m'ont appelé à la présidence de l'*Union des Syndicats médicaux*. Une sorte de pressentiment me disait alors de refuser cet honneur; mais l'insistance et les sympathies que manifesta l'assemblée l'emportèrent sur mes répugnances.

Mes craintes se sont réalisées et des circonstances que je n'ai pas à rappeler ici, m'ont empêché de prendre, à vos travaux, cette part active que vous étiez en droit d'espérer.

Heureusement les bonnes volontés n'ont pas fait défaut et nos confrères du bureau, grâce surtout à la persévérante énergie de notre cher Directeur, le Docteur Cézilly, ont su faire avancer l'étude d'un certain nombre de questions dont la solution entraînera assurément, dans un avenir peu éloigné, les conséquences les plus heureuses.

Aujourd'hui, plus qu'à aucune autre époque, le corps médical a besoin d'exercer la plus grande vigilance. Plus que jamais la situation est grave et mérite de fixer toute notre attention. En effet, les exigences du public sont croissantes et le rôle du médecin devient plus difficile et plus pénible, tandis que la concurrence à outrance des rebouteurs, des charlatans, des somnambules et autres que l'impunité encourage, fait des progrès et étale ses réclames éhontées dans des journaux spéciaux, comme aussi dans les journaux politiques. Les sociétés de Secours Mutuels se multiplient considérablement. A mesure que le nombre s'en accroît, leurs exigences augmentent aussi. Elles imposent, dans bien des endroits, leur volonté ou leur caprice aux médecins de la région. Comme le nombre de ceux-ci ne peut que croître, grâce à la multiplicité des centres universitaires, la concurrence ira grandissant et il est à craindre que bientôt la rémunération offerte et acceptée ne devienne encore plus insuffisante et hors de proportion avec les services rendus.

N'est-il pas à craindre aussi que prochainement une réaction se produise et que le mouvement qui a entraîné aujourd'hui tant de jeunes gens vers les études médicales ne vienne à s'arrêter lorsque l'on se rendra mieux compte, dans le milieu où se recrute le plus grand nombre de médecins, des difficultés — je devrais dire des misères — que l'avenir réserve à un trop grand nombre de praticiens?

C'est en cherchant à développer les vrais sentiments de confraternité que nous pourrons lutter contre ces dangers qui nous menacent.

Chers confrères, en dehors même de ces questions d'un ordre tout intime, les syndicats peuvent exercer une influence considérable. Dans bien des départements ils ont été chargés, par l'autorité administrative, d'organiser les services de médecine publique, et, lorsqu'ils sauront vouloir, ces services seront partout dirigés dans un sens qui donnera satisfaction au corps médical.

Je sais bien qu'il se rencontrera toujours des confrères réfractaires à l'idée de se syndiquer; mais le nombre en deviendra moins considérable. Ceux qui résistent encore aujourd'hui, ceux qui résisteront demain, finiront par ouvrir les yeux, et, quelle que soit leur situation, ils comprendront que leur intérêt personnel, — ce puissant mobile, — leur commande de se ranger sous la bannière des *syndicats*.

Sans doute, les timorés dont le nombre s'augmentera de ceux qui croient avoir intérêt à le paraître, — sans doute, dis-je, les timorés nous diront: « Mais les syndicats médicaux ne sont pas reconnus par la loi et vous avez contre vous l'arrêt de la Cour de cassation ! » A ceux-là nous répondrons : Un arrêt de la Cour de cassation existe, il est vrai ; mais un nouvel arrêt interprétant la loi du 21 mars 1884 d'une manière plus large pourrait très bien modifier la jurisprudence, très contestée du reste, établie à la suite du procès de Domfront. N'avons-nous pas, en notre faveur, l'interprétation beaucoup plus libérale d'un grand nombre de hauts personnages du monde administratif et d'un certain nombre de ministres même, qui se sont montrés favorables à notre manière de voir ? Pure tolérance, dira-t-on ! — Mais cette simple tolérance ne nous suffit-elle pas, après tout, pour sauvegarder nos intérêts et exercer l'influence à laquelle nous prétendons ? Les résultats obtenus sur différents points sont là pour répondre.

Qu'on demande aux médecins du *Loiret*, par exemple, à ceux de la *Loire-Inférieure*, de l'*Aisne* et de vingt autres départements, si leur intervention, dans bien des circonstances, n'a pas été suivie des conséquences les plus satisfaisantes.

Nous ne saurions nous dissimuler, qu'il faut, pour arriver à ces fins, beaucoup de prudence, beaucoup de persévérance et une certaine souplesse qui ne conviennent guère aux tempéraments ardents. Et pourtant, toute modification à un état de choses établi ne saurait être obtenue que de deux façons : ou par des moyens violents, — (et nous n'en voulons pas), — ou par l'action du temps que nous pouvons un peu précipiter, mais avec laquelle il est sage de toujours compter ?

Je ne puis, à ce propos, me dispenser de dire quelques mots du projet de revision de la législation médicale.

Vous savez, en effet, que le projet présenté par le gouvernement et inspiré par le *Comité consultatif d'hygiène* ne dit pas un mot des *Syndicats médicaux* et qu'il supprime la poursuite directe de l'exercice illégal par le procureur de la République.

Ce sont deux lacunes qu'il importe de combler dans l'intérêt public même.

En indiquant les syndicats médicaux comme pouvant se porter partie civile dans les poursuites à intervenir en cas d'exercice illégal, le législateur reconnaîtrait, en effet, leur existence, et cette consécration ferait disparaître toute difficulté d'interprétation dans l'avenir. Grâce à leur vigilance sans cesse en éveil, grâce à leur dissémination sur tous les points de la France, l'exercice illégal dont les résultats sont désastreux, serait, sinon supprimé — on ne le supprimerait qu'en supprimant la bêtise humaine ! — du moins diminué dans des proportions telles qu'il ne constituerait plus, comme aujourd'hui, une menace pour la santé des citoyens et un véritable danger public.

Il serait bon que tous les syndicats, sans exception, se missent en mouvement, fissent des pétitions dont le modèle pourrait être rédigé par l'Union et dans lesquelles on ferait valoir, avec insistance, les raisons qui militent en faveur du texte présenté par M. le Dr Chevandier et un certain nombre de ses collègues.

S'il était besoin de vous montrer quelle est la puissance de la persévérance, je dirais : voyez ce qui s'est passé autour de nous, dans le monde médical lui-même. Dans les premiers moments, les *syndicats médicaux* ont soulevé des protestations violentes et une réprobation qu'il pouvait paraître dangereux de braver. Vous savez ce qui est résulté de toutes ces prophéties de malheur qui avaient cours alors! Les syndicats ont voulu vivre et ils ont reçu la consécration du temps. Leur nombre augmente chaque année et c'est avec joie que nous adressons aux nouveaux arrivés nos compliments de bienvenue.

Et les questions d'assurance en cas de maladie n'ont-elles pas trouvé dans nos sociétés des apôtres dévoués? Sans doute, tout n'est pas parfait dans les essais qui ont été tentés; mais nous devons remercier les courageux confrères qui ont organisé les premières institutions de ce genre. Aussi devons-nous être reconnaissants à notre excellent secrétaire, le docteur Lécuyer, du zèle qu'il a déployé et des résultats auxquels il est arrivé dans l'Aisne.

Ce n'est pas tout. Il fallait une institution plus vaste que celle qu'avait formée le syndicat d'Aisne-et-Vesle, et cette œuvre ne saurait tarder à voir le jour. Vous avez remarqué quelles polémiques a soulevées cette question de l'assurance médicale en cas de maladie, quelles résistances elle a rencontrées.

Ces résistances, loin de nous décourager, redoubleront notre énergie.

Qu'il me soit permis de dire ici bien haut que le *Concours médical*, en contribuant, dans la plus large mesure, à mener à bon port cette œuvre éminemment confraternelle, aura bien mérité du corps médical ; mais ici encore il n'est pas trop de toutes nos forces réunies, car il y a beaucoup d'obstacles à vaincre ou à tourner. Aussi tous les collaborateurs de l'œuvre de M. *Cézilly* n'hésiteront point à lui continuer leur concours dévoué. Les *Syndicats* exerceront toute l'influence dont ils pourront user, et l'année 1890, grâce à toutes ces bonnes volontés, verra se réaliser la création de cette caisse depuis si longtemps attendue et qui est destinée, nous n'en saurions en douter, à adoucir bien des misères. (*Applaudissements*.)

M. *Cézilly.* — Permettez-moi d'exprimer en votre nom, Messieurs, à M. le Dr Barat-Dulaurier, nos regrets unanimes de ne pas le posséder parmi nous. (Assentiment).

Situation financière de l'Union des Syndicats au 9 novembre 1890.

L'avoir en caisse lors de notre dernière réunion s'élevait à la somme de . . . . . . fr.	828 05
Nos recettes depuis cette époque ont donné le résultat suivant :	
Versements au Concours, abonnements et cotisations.	448 00
Versements au Trésorier, cotisations.	302 00
Total.	1.578 05
Nos dépenses ont été les suivantes :	
Bulletin, numéros de 35 à 45 inclus	647 32
Réunions, déplacements, circulaires, etc.	418 35
	1.065 67
Le total de l'avoir étant de	1.578 05
Les dépenses s'élevant à	1.065 67
Nous avons en caisse une somme libre de	512 38

Vous voudrez en outre bien tenir compte que beaucoup de syndicats adhérents à l'Union n'ont pas encore fait parvenir leurs cotisations arriérées, mais que nous devons compter sur ces recettes.

L'enquête faite par l'Union nous permettra de réclamer auprès des syndicats qui n'auront pas soldé leurs arriérés, et qui néanmoins continuent à faire partie de l'Union. Les sommes provenant de cette source devront être assez importantes et élever notre capital disponible à un chiffre qui nous permettra d'affirmer la prospérité de notre situation financière.

Dans ces conditions, et en tenant compte des dépenses effectuées cette année, nous vous proposerons de voter, pour l'exercice 1890-1891, le projet de budget suivant :

Recettes :

En caisse au 9 novembre 1890		512 38
Recettes probables au courant de l'exercice (cotisations courantes, arriérés).		1.200 00
		1.712 38

Dépenses :

Impression du bulletin, distribution	600 00	
Frais de réunion, circulaires et divers	600 00	
Total.	1.200 00	1.200 00
Balance probable en faveur de l'actif en fin d'exercice.		512 38

Cette somme est celle que nous avons aujourd'hui, mais vous voudrez bien remarquer qu'elle sera probablement dépassée très sensiblement, attendu que dans la proposition que j'ai l'honneur de vous faire le chiffre des dépenses probables dépasse de 134 fr. 33, celui que nous avons atteint cette année. Nous pouvons donc conclure que notre société se trouve dans les conditions les plus avantageuses pour affirmer sa prospérité.

M. *le Président.* — Quelqu'un désire-t-il faire des observations sur cet exposé financier ? Il n'y a pas d'observations : le rapport financier est adopté.

Renouvellement du bureau.

M. *Cézilly.*— Les statuts comportent le renouvellement annuel du Président. C'est ainsi que nous avons été présidés successivement par MM. les Drs *Gibert*, *Margueritte*, *Dupuy*, député de l'Aisne, *Leroy* et *Barat-Dulaurier*, tous désignés par les services qu'ils avaient rendus à la cause médicale. Laissez-moi vous dire, Messieurs, que nous avons aujourd'hui, parmi nous, un de nos plus modestes et de nos plus anciens collaborateurs, M. le Dr Mignen, créateur du premier syndicat fondé en France, celui de Montaigu (Vendée), en 1881.

M. le Dr Mignen est également l'auteur du premier travail sérieux, appuyé sur des études approfondies, sur l'*assistance publique dans les campagnes.* Le système proposé par M. Mignen était une amélioration du système *landais*. Il est devenu, grâce à lui, le système *vosgien*. C'est ce système qui lutte actuellement avec le système appliqué dans le Loiret. M. Mignen a donc été un des premiers à la peine. Ne pourrions-nous le reconnaitre en lui donnant un témoignage d'estime, en le nommant notre président ? (*Très bien*).

En ce qui me concerne permettez-moi de vous rappeler un sentiment que j'ai exprimé depuis la fondation de notre Union. Mon désir est de rester votre vice-président, si vous voulez bien me maintenir à cette fonction, parce que ce poste est, pour moi, le vrai moyen de rattacher toujours les syndicats au Concours médical.

Comme assesseurs, nous vous proposons, M. le Dr *Ladmiral* (de Corbeil) et M. le Dr *Gauthier* (de

Magny-en-Vexin) rapprochés de Paris, et tout indiqués par les services qu'ils ont rendus à la cause des *syndicats*.

Le bureau vous demande en outre, Messieurs, de continuer les fonctions de secrétaire-trésorier au Dr Maurat qui les a remplies à votre entière, satisfaction, et celles de secrétaire-adjoint, à M. le Dr Lécuyer, le méritant secrétaire général du très actif syndicat d'Aisne et Vesle.

On procède au vote et les propositions du bureau sont confirmées à l'unanimité.

M. *le Dr Mignen, président. — Je vous remercie, Messieurs, de l'honneur que vous avez bien voulu me faire en me nommant votre président. Je ne me dissimule pas que remplacer M. le Dr Barat-Dulaurier est une tâche difficile. En tout cas, à défaut de mérite, je vous apporte toute ma bonne volonté. Vous me permettrez seulement, puisque c'est au fait d'avoir fondé le premier syndicat en France que je dois l'honneur de vous présider, d'associer mes confrères du syndicat de Montaigu au même honneur.* (Applaudissements).

MM. de Lignerolles et Courrège prennent place au bureau comme assesseurs, pour la séance.

Sur une observation de M. Lassalle (de Lormont), l'assemblée décide que désormais l'ordre du jour sera préparé par le bureau de l'Union trois mois d'avance et publié au journal et au bulletin.

Discussion sur l'Assistance publique dans les campagnes.

M. *Cézilly*. — En ce moment, presque toutes les lois d'intérêt social présentent un côté médical. Je remarque que, quand on édifie une loi telle que la loi *Roussel*, on n'oublie qu'une chose : déterminer les voies et moyens de son exécution. Pour l'*assistance publique* qui entraînera des frais énormes, il en est de même, nous ne demandons pas mieux que de contribuer à son application, mais nous ne voulons pas en supporter tout le poids. (*Applaudissements*).

M. *le Président*. — Il est évident que la loi ne sera réellement pratique que lorsqu'elle assurera les honoraires médicaux, et je crois que nous serons tous d'accord pour demander que la loi soit explicite sur ce point. (*Assentiment*).

Proposition de M. le Dr Gassot au sujet de l'assistance publique.

Messieurs,

« Le Projet de loi sur l'Assistance médicale gratuite présenté par le Gouvernement à la Chambre des Députés peut se résumer, au point de vue médical, en huit mesures fondamentales.

La première édicte *le droit à l'assistance pour tout Français malade et privé de ressources*, *rend obligatoire pour les communes le service d'assistance et obligatoires aussi les dépenses qu'il entraîne.*

Nous avons trop souvent réclamé cette obligation pour qu'il soit nécessaire d'insister.

La seconde disposition donne *au service d'assistance le caractère essentiellement départemental.*

C'est encore une mesure que nous devons approuver : la Commune est trop petite, l'État est trop grand et trop loin, tandis que le Département constitue un moyen terme acceptable. Nous trouvons, nous médecins, dans cette organisation l'immense avantage de n'être en rien soumis au contrôle de maires trop souvent inintelligents, orgueilleux et jaloux. Un article spécial donne d'ailleurs aux communes qui auraient une organisation convenable le droit de conserver cette organisation.

Nous ne pouvons malheureusement donner notre approbation à la troisième disposition qui veut que *dans toute commune ou syndicat de communes existe un dispensaire où seront données des consultations gratuites.*

Une telle organisation, bonne peut-être pour les villes ou les gros bourgs, ne peut convenir à l'immense majorité des communes rurales qui sont trop peu importantes pour avoir un dispensaire communal et qui seront trop distantes ou trop rivales pour se syndiquer.

Le médecin du service d'assistance serait ainsi assujetti à un service dont la régularité et, disons-le, l'inutilité cadreraient mal avec ses multiples occupations. Pourquoi les indigents ne seraient-ils pas traités comme tous les autres clients qui, alités, reçoivent à domicile les secours du médecin, et qui, à demi valides, se rendent à son cabinet ?

Ces dispensaires, dont l'établissement sera fort onéreux et nécessitera pour les médecins un traitement spécial, me paraissent fort inutiles ; si d'ailleurs le législateur tenait à leur existence, il devrait les installer dans *la commune ou le syndicat de communes ou la circonscription de communes déterminée par l'arrêté d'organisation dans chaque département.*

Nous ne pouvons qu'approuver la quatrième disposition : elle rattache chaque commune à une infirmerie et à un hôpital général. Encore pourrait-on se contenter de l'hôpital. J'admettrais l'infirmerie facultative.

La cinquième disposition légale fait *assurer le service par un Bureau d'assistance d'où l'élément médical est exclu.* C'est à mon avis un non sens absolu et que ne justifie pas cette affirmation, trouvée dans l'exposé des motifs, que le médecin ne peut être juge et partie tout à la fois.

Si les contribuables paient de leurs deniers, le médecin paie de sa personne — le médecin doit donc avoir voix au chapitre. Nous demandons que *fasse partie de droit du Bureau d'assistance le médecin du service ou le délégué des médecins, s'ils sont plusieurs.*

La sixième disposition veut que *chaque trimestre soit établie la liste des personnes qui, en cas de maladie, doivent être admises à l'assistance médicale.*

C'est là une complication qui fera éluder la loi ou causera les abus les plus criants. La confection annuelle de la liste est amplement suffisante, puisque la loi prévoit les inscriptions d'office en cas de besoin.

On concilierait d'ailleurs toutes les exigences en disant : *Au moins une fois par an le bureau d'assistance se réunira pour dresser la liste...*

Nous ajouterons, comme conséquence des observations présentées à propos de la disposition cinquième, que *tous les médecins du service doivent assister à la séance avec voix délibérative.*

La septième disposition veut que la *liste nominative* (ce qui est indispensable) *soit arrêtée par le conseil municipal délibérant en comité secret.* Ce serait la porte ouverte à tous les abus, chaque conseiller ayant sa liste

particulière à faire prévaloir et ses intérêts électoraux à soigner. Le Conseil municipal vote les fonds, il doit donc donner la liste définitive ; mais les médecins, qui, je le répète, paient de leur personne, ont un droit égal. Nous devons demander que le médecin du service d'assistance ou le délégué des médecins, s'ils sont plusieurs, assiste à la séance avec voix consultative pour le moins. Ce sera une garantie et un frein aux intérêts particuliers. Le procès-verbal de la séance devrait constater la présence du médecin ou du moins sa convocation régulière.

La huitième disposition enfin, dans l'énumération des dépenses, dit : *Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile*, et ne parle pas d'honoraires pour les consultations gratuites dans les dispensaires ou ailleurs. C'est évidemment un oubli, mais il nous importe de ne pas le laisser passer.

En somme, nous approuvons trois dispositions sur huit. La vérité veut que nous ajoutions que ces trois dispositions sont celles qui nous touchent le moins, étant surtout des solutions de principe.

La loi d'assistance, il faut qu'on le sache, ne peut fonctionner sans nous, sans notre concours, notre dévouement et notre abnégation. Il est donc juste qu'on tienne compte de nos sentiments et qu'on ne s'efforce pas de ravaler notre autorité morale. Si la loi est faite avec nous, elle fonctionnera et constituera un grand bienfait pour les classes pauvres. Si elle est faite contre nous, elle n'existera jamais que sur le papier.

M. *de Fourmestreaux.* — Je ne crois pas qu'il soit possible d'établir une rémunération uniforme sur tout le territoire.

M. *Gassot.* — Evidemment ! dans certains départements, ce sera l'*abonnement* qui prévaudra ; dans d'autres ce sera la *rémunération à la visite.*

M. *le Président.* — Mais on n'indique pas où sont prises les ressources.

M. *Lécuyer.* — C'est au département à les voter.

M. *Gassot.* — Un article du projet de loi dit que les ressources proviennent de fondations, legs, etc.

M. *Lassalle.* — En somme, il n'y a pas de fonds prévus !

M. *Gassot.* — Toutefois dans le cas où le département voterait une somme insuffisante et où le service ne pourrait pas fonctionner, le ministre de l'intérieur imposera une somme plus forte au département.

M. *Lassalle.* — D'après les explications fournies par M. Cézilly à nos confrères, je crois que nous devons veiller à ce que, la loi devenant obligatoire, la rétribution du médecin soit nettement prévue et obligatoire aussi. (*Approbation*). Du reste, jusqu'ici, nous avons toujours été considérés comme des gens taillables et corvéables à merci ; et cela par notre faute. On voit les autres corporations, obtenir des avantages, parce qu'elles crient beaucoup. Je prétends que si, nous, médecins agissions comme elles, étant donnée l'influence politique que nous possédons, auprès de nos députés, dont nous sommes, il faut bien l'avouer, Messieurs, souvent les agents électoraux, nous obtiendrions la satisfaction de nos modestes et justes réclamations.

Mais nous nous contentons de protester. Et nos députés nous oublient, parce qu'ils peuvent toujours compter sur nous. Il y a longtemps que j'ai déjà émis cette idée : c'est par une agitation continuelle et persévérante que nous obtiendrons des améliorations. (*Applaudissements*).

M. *Cézilly.*— Voilà à peu près dix ans que nous procédons dans ce sens. M. *Chevandier* pourra vous dire que les deux Chambres qui ont précédé celle-ci, étaient on ne peut mieux préparées en notre faveur par toutes les sollicitations émanant de nos amis. M. Dupuy a déposé en notre nom 1500 pétitions légalisées. Nous croyons, toujours en vain, être à la veille d'une discussion ! Mais néanmoins il faut donner l'exemple de la persévérance, sans pourtant trop ennuyer nos lecteurs et les fatiguer de questionnaires et de pétitions à signer.

Il faut que le gouvernement arrive à mettre dans la loi le principe de la rémunération des médecins et que, lorsqu'il imposera un mode d'assistance aux départements qui, sous un prétexte quelconque, n'auront pas obéi au caractère obligatoire de la loi, il détermine lui-même et d'une façon convenable la rémunération médicale. (*Très bien.*)

M. *Lassalle.* — Comme conclusion, je demande de vouloir bien nommer « *un Comité de défense professionnelle* » qui serait permanent.

M. *le Président.* — C'est le *bureau de l'Union* qui constitue ce comité. Il est à votre disposition pour faire toutes les démarches que vous souhaiterez. (*Adhésion.*)

M. *de Fourmestreaux.* — Nous devons nous contenter, pour le moment, de l'*obligation* qui est inscrite dans la loi. L'année dernière, en Seine-et-Oise, il avait été décidé que chacun de nous agirait sur les sénateurs, les députés et les conseillers généraux du département. Nous les avons convoqués ; ils sont venus et nous ont promis leur concours.

M. *Lassalle* — Nous l'avons fait il y a 3 ou 4 ans.

M. *Gassot.* — Il y a dans cette loi une disposition qui sera la pierre d'achoppement ; c'est celle qui crée *des dispensaires et des infirmeries*, parce que ces établissements occasionnent des dépenses énormes.

M. *de Fourmestreaux.* — Permettez, cela se fera dans les communes assez riches, ou alors dans les syndicats de communes.

M. *Gassot.* — Il faut que les communes veuillent bien se syndiquer. Il faudrait qu'on pût les y obliger. Il y a bien d'autres difficultés ; le dispensaire sera souvent établi loin de la résidence du médecin.

J'ai encore à vous faire une autre proposition : *nous ne devons pas accepter que les médecins soient exclus du bureau qui dressera la liste des ayants droit à l'assistance.*

M. *Courrège.*— Aux syndicats qui ont fait cette demande on a répondu que leur présence soulevait des conflits.

M. *Gassot.* — J'ai pourtant obtenu ce résultat dans le *Loiret*. Les médecins assistent aux délibéra-

tions de la commission de confection de la liste, avec voie délibérative et non consultative. (*Adopté.*)

La loi dit encore « chaque trimestre on rectifiera la liste. » Une fois par an est bien suffisant. (*Assentiment général*).

La loi dit enfin : « La liste est établie par le conseil municipal délibérant en secret ». Il faut demander que les médecins du service de l'assistance soient convoqués aux réunions du *conseil municipal* où sont établies les listes. (*Assentiment*).

Discussion sur la déclaration des maladies contagieuses.

M. *Cézilly.* — Nous ne vous proposons pas d'entrer dans les détails de cette grave affaire, mais, seulement, de formuler un vœu. Nous croyons avoir trouvé une solution acceptable. Certains médecins feront intervenir le secret professionnel, et d'autres considérations. Si la méthode que nous allons vous proposer fait disparaître ces inconvénients, elle aura rendu un grand service aux médecins ainsi qu'aux auteurs de la loi. M. *Maurat* va vous exposer notre solution.

M. *Maurat.* — Nous pensons que la *déclaration* qu'on veut exiger de nous, est absolument désirable au point de vue social. Mais au point de vue médical, il y a de gros inconvénients. Tel médecin fera la déclaration ; tel autre s'efforcera de s'y soustraire et c'est à lui que recourront de préférence les clients dans certaines situations.

D'un autre côté on nous impose une nouvelle obligation, une obligation pénible. Pour l'alléger on a proposé de procéder, comme pour les naissances : charger la famille de faire la déclaration, et secondairement le médecin, si la famille néglige son devoir. Mais les parents pourront prétendre que le médecin n'a pas donné le diagnostic, et le médecin demeurera souvent le seul responsable.

Nous avons longuement étudié la question et voici notre proposition : *La déclaration incombe à la famille. Pour qu'elle ne puisse s'excuser sur le silence du médecin, celui-ci sera porteur d'un carnet de déclarations, carnet à souche dont un feuillet constatera que telle personne est atteinte de telle maladie contagieuse ; cette feuille, la famille devra la remettre à l'administration. Le chef de famille ou tout autre membre responsable signera sur la souche que déclaration lui a été faite.*

M. *Jagu.* — Le moyen est ingénieux ; mais la famille sera toujours furieuse contre le médecin.

Divers membres. — Non, la déclaration sera obligatoire pour tous, sous peine d'une amende de 100 à 500 fr.

M. *Cézilly.* — Il semble bien plus logique que la société inflige l'amende au père de famille, à qui le médecin déclarera la maladie contagieuse. En somme c'est le devoir de la famille ; c'est une loi de protection sociale, et le médecin ne doit pas en faire tous les frais.

M. *Gassot.* — Un membre du conseil d'hygiène du *Loiret* avait proposé d'obliger la famille à faire la déclaration en la rendant responsable des accidents de contagion qui pourraient se produire, si la déclaration n'a pas été faite.

M. *le Président.* — Je demande simplement qu'on adopte le vœu présenté par M. Maurat.

M. *Lassalle.* — Je trouve dans la façon de procéder un inconvénient : la famille ne comprendra pas l'importance de la déclaration.

M. *Maurat.* — Elle comprendra l'importance de l'amende.

M. *Lassalle.* — Mais je demande si l'État se contentera de cette déclaration laissée à la bonne volonté de la famille ?

Divers. — On s'en contente bien pour les naissances.

M. *Lassalle.* — Mais c'est passé dans les mœurs.

M. *Maurat.* — La nouvelle déclaration y passera aussi.

M. *de Lignerolles.* — Il existe au Havre un *bureau d'hygiène* qui délivre à chaque médecin un *carnet à souche. Quand nous constatons une maladie contagieuse, nous détachons le feuillet* que nous envoyons au bureau ; nous gardons la souche et nous ne nous occupons plus de rien. C'est le *bureau d'hygiène* qui s'en charge.

M. *le Président.* — Le bureau d'hygiène existe au Havre, mais presque nulle part ailleurs. Je mets aux voix la proposition de l'Union formulée par M. Maurat. (Elle est adoptée).

Discussion à propos de la loi de mars 1884 sur les syndicats.

M. *Cézilly.* — Ce que nous ont promis les législateurs nous est dû. Si dans la rédaction de la loi, on a constaté des lacunes, la faute en est à eux et non à nous. Il était entendu que les médecins et toutes les professions libérales, avaient droit au bénéfice de la loi. Et quand nous nous sommes présentés devant les tribunaux, on nous a refusé ce droit.

Depuis, nous avons déposé de nombreuses pétitions sur le bureau de la Chambre. A quoi ont-elles servi ?

M. Chevandier nous a fourni un moyen de procédure plus rapide. Il a introduit un article, dans le projet de loi sur l'exercice de la médecine, spécifiant notre droit au bénéfice de la loi. Cela nous paraissait très simple que les députés pussent réparer ainsi l'erreur de leurs devanciers. Mais qu'est-il arrivé ?

Ce projet de loi sur l'exercice de la médecine, déposé par le gouvernement ne souffle plus mot de l'article réparateur du projet Chevandier. Il en est de même pour d'autres articles, tels que celui relatif à la poursuite de l'exercice illégal de la médecine, ainsi que celui concernant les officiers de santé.

Ainsi, d'une part, on nous demande de nombreux sacrifices, et notamment la *déclaration des maladie contagieuses*, etc. Et, d'autre part, on nous refuse même ce qui avait été promis, convenu.

Messieurs, dans ces conditions, que devons-nous faire ? Nous agirons selon vos avis. Je m'adresserai particulièrement à M. *Lassalle.*

M. *Lassalle.* — J'ai proposé, tout à l'heure, une agitation énergique. Je répète cette proposition, et je crois qu'il serait utile, au moment de nos grandes assises, d'avoir au milieu de nous un représentant du gouvernement, comme les autres associations. Il nous semble que nous formons une Société tout aussi respectable que les autres, et qu'elle a, elle aussi, droit à l'honneur de posséder à son *assemblée générale* ou à *ses banquets* un membre du gouvernement. Voilà un procédé qui aurait des chances de succès. Nous exposerions nos doléances, et elles auraient chance d'être écoutées, au lieu d'être oubliées dans des pétitions que personne ne lit.

Un membre. — Il y a à la Chambre 47 députés médecins... S'ils sont députés, c'est parce qu'ils sont médecins. Eh bien ! on devrait attirer leur attention sur nos vœux.

M. *Cézilly.* — Nous nous sommes conformés depuis longtemps au désir que vous manifestez. Nous avons, ainsi que le demande M. Lassalle, invité M. *Constans, ministre de l'intérieur.* Mais prévenu un peu tard, il n'a pas pu accepter et s'est excusé *en témoignant de tout l'intérêt qu'il porte aux Syndicats médicaux.* D'autre part, nous comptons, dans la commission de revision de la législation, sept députés membres du Concours médical ; nous leur avons adressé des invitations et, tous, sauf deux ou trois, nous ont fait l'amitié de promettre de venir ce soir à notre banquet. (*Très bien.*)

Discussion sur la question des assurances contre les accidents.

Il est d'abord donné connaissance des lettres de M. le Dr Boyron, de M. le Dr Rougier (de Vermand) de M. le Dr Gallerand (de Marseille). Elles seront publiées au *Bulletin des Syndicats.*

M. le Dr Porson, délégué du syndicat de Nantes, formule la *Résolution* suivante au nom de l'Union :

« L'Union des Syndicats est d'avis d'établir nettement, à l'endroit des Compagnies d'assurances contre les accidents, les conditions suivantes relatives au concours des médecins.

1° Les certificats constatant l'accident et la guérison seront rémunérés en dehors des soins nécessités par l'accident.

2° Les honoraires relatifs à ces soins seront établis d'après le tarif adopté pour la dernière catégorie de malades, que ces soins soient à la charge des compagnies, des patrons ou des ouvriers.

3° Ces conditions ne sont pas applicables aux patrons ni aux contre-maîtres assurés.

4° Elles seront spécifiées d'une manière *très ostensible* et *en gros caractères* dans les polices d'assurances contre les accidents.

M. *Ladmiral.* — A *Corbeil*, nous sommes arrivés à faire payer les soins donnés aux blessés par les patrons. Mais quant aux compagnies, nous sommes restés dans le *statu quo* ; elles ne payent que les *certificats*. J'appuie donc de nouveau ce qu'on nous propose.

M. *de Lignerolles.* — Il y a 7 ou 8 ans nous avons ouvert au *Havre* une campagne dans le même sens. Nous avons mis les compagnies en demeure d'accepter un tarif plus raisonnable. Mais les compagnies ont tenu bon, et elles ont trouvé, parmi les confrères du Havre, un médecin qui s'est chargé de recueillir notre succession. Nous l'avons mis à l'index, et il a dû y renoncer.

La rétribution payée par quelques compagnies est à peu près acceptable. Beaucoup d'accidents ne nécessitent qu'une visite, et je suis arrivé à constater que la moyenne des visites revenait à deux francs. Ce n'est certes pas énorme ; mais on est sûr d'être payé.

Les propositions de l'Union sont adoptées.

Exercice de l'art dentaire.

M. *Cézilly.* — Il s'est créé depuis quelques années deux écoles dentaires très prospères et qui font de bons élèves. Elles ont modifié d'une façon remarquable la pratique de l'art dentaire, et elles délivrent des diplômes. Mais il paraît qu'une des grosses difficultés de la *revision de la législation médicale* réside précisément dans l'introduction dans la loi de la question des dentistes.

On a même voulu interdire aux médecins de pratiquer l'art dentaire et de se qualifier dentistes, s'ils ne sont pas diplômés de l'école dentaire. Nous nous refusons à nous voir interdire ainsi les soins d'une certaine partie du corps.

M. *Lassalle.* — On pourrait introduire dans la nouvelle loi l'interdiction pour les dentistes de pratiquer l'*anesthésie générale et locale.*

M. *Maurat.* — Les dentistes n'ont pas le droit de se servir des anesthésiques ; ils le prennent.

M. *le président.* — Messieurs, nous pouvons clore cette longue séance sur une bonne nouvelle, **la formation de trois nouveaux syndicats** ; ceux de la *Mayenne*, des *Bouches-du-Rhône*, et de *Bar-sur-Aube.* (Applaudissements.)

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Séance du « CONCOURS MÉDICAL »

Prennent place au bureau MM. Cézilly, Directeur, Gassot, Maurat, membres du conseil de Direction, assistés de MM. le Dr Le Gendre, secrétaire de la rédaction, Lordereau, conseil judiciaire de la Société, et M. le Dr Dumont.

M. Cézilly informe d'abord l'Assemblée qu'il a reçu, tant des membres du Concours que des délégués des Syndicats, quatre-vingt-douze avis d'assistance au banquet. Il indique les noms des députés membres de la *Commission de révision de la législation* et membres du *Concours médical* qui ont bien voulu accepter l'invitation qui leur a été adressée : MM. *Chevandier*, *Cosmao-Dumenez*, *David*, *Langlet* et *Viger*. MM. *Dellestable*, *Gacon* et *Legludic*, également membres de la Société, se sont excusés, retenus par des invitations antérieures.

Le président fait connaître également les nombreuses lettres d'excuses de membres du Concours empêchés, et notamment celle de M. le Dr *Gibert*, membre du conseil de Direction ; le syndicat du Havre, en son absence, a été représenté par M. le Dr de Lignerolles.

Assistait aussi à l'Assemblée M. le Dr *Smith*, représentant de *The Lancet*, venu dans le but de faire en France, pour son journal, une enquête sur les *Assurances entre médecins*.

Allocution de M. le Dr A. Cézilly.

Chers confrères,

Il y a cinq années, le 1er janvier 1886, je passais en revue les diverses questions qui, à cette époque, nous préoccupaient tous. Je vous parlais de l'Association générale et vous disais que, certaine de durer, à cause de son ancienneté, de ses richesses, du nombre de ses membres, de son âpreté à défendre ses droits, néanmoins elle éprouvait un malaise, une stagnation, une difficulté dans son recrutement bien ralenti.

A cette époque elle se refusait avec acharnement à reconnaître la raison d'être des *Syndicats médicaux*. Elle a composé depuis lors et hier encore, dans la Mayenne, dans l'Aube, dans les Bouches-du-Rhône, se fondaient trois nouveaux syndicats et les membres des bureaux des sociétés locales participaient à cette fondation pour d'eux d'entre eux au moins.

L'Association générale s'est jointe à nous pour réclamer des pouvoirs publics l'application aux médecins de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

A cette époque, elle se refusait et se refuse encore à patronner, malgré son succès incontesté, notre *Caisse des pensions de droit*. Elle attendra, pour se décider, des instances plus vives.

Déjà, en 1886, le *Concours médical* lui avait soumis les graves raisons qui militaient en faveur de la création par elle, d'une caisse spéciale d'*indemnité de maladie*. Quatre années de suite, elle a résisté.

Mais une nouvelle et plus énergique pression de l'opinion médicale vient de se produire et, comme pour les syndicats, cette pression s'est accentuée et notamment du côté de l'Association militante de la Gironde.

Nous avons tous conservé le souvenir de la mémorable assemblée générale de 1887 où le président de la *Société d'Alger*, le Dr *Trolard*, succombait sous les objurgations du bureau tout entier. Outre d'autres vivacités de langage, notre honorable confrère avait eu la prétention de passer par dessus les têtes des membres du conseil général et de s'adresser directement aux *sociétés locales*, pour leur faire adopter son projet de *caisse de pensions* ; le crime était irrémissible, on le lui fit bien voir.

A cette époque, les propositions du bureau étaient toujours votées avec ensemble. Cette année-ci, à propos d'*indemnité de maladie*, il n'en a pas été de même, et tout récemment on a vu un président de société locale convoquer en une fédération 10 sociétés locales de sa région, pour leur faire dire avec ensemble au conseil général: oui, l'indemnité de maladie est souhaitable ; oui, il faut que l'*Association générale* recherche et trouve les moyens de la dispenser.

Plus d'orages, plus de foudres ; on a senti l'aiguillon. Nous nous réjouissons de l'incident et nous en augurons bien pour l'avenir de l'*indemnité de maladie*, des *caisses de pensions de droit*, de la *caisse des victimes du devoir médical*, de *celle des veuves et des orphelins*, des *pensions de retraite* et même de l'*ordre des médecins*.

Nous vous avons dit le point où en est arrivée la proposition de l'indemnité de maladie par et dans l'Association générale. Nous croyons que les obstacles seront surmontés, si le questionnaire qu'on va, dans ce but, adresser de nouveau aux sociétés locales *est convenablement appuyé de considérations et de chiffres* : s'il est présenté franchement avec l'appui du conseil général.

Dans ces conditions, le programme général aura la majorité et alors l'Association pourra élaborer mûrement le règlement définitif de l'œuvre, de même qu'il a élaboré celui de sa *caisse des pensions viagères d'assistance*, caisse pour laquelle il a prodigué ses efforts, parce qu'il avait foi en son avenir. Puisse-t-il en être de même pour l'*œuvre d'indemnité*, bien plus féconde, à mon avis.

Il faut en conséquence envisager aujourd'hui ce à quoi le *Concours médical* serait tenu, dans le cas où le projet échouerait cependant en avril 1891. Je puis vous dire déjà que la Fédération des Sociétés du Sud-Ouest se propose de faire l'indemnité pour les dix Sociétés locales adhérentes. Faudra-t-il, au risque de quelque éclat, que le *Concours médical* et l'Union des Syndicats, qui comptent presque tous leurs membres dans les sociétés locales, poussent à des fédérations analogues dans d'autres régions ? Ou sera-t-il préférable de faire l'œuvre d'indemnité de maladie en dehors de l'Association générale sans son intervention ? Le conseil de Direction a une autre proposition à vous soumettre

relativement au recrutement des membres du *Concours médical*. Vous avez décidé qu'on ne pourrait faire partie de notre Société qu'à la condition d'être présenté par un de ses membres. Cette disposition crée une difficulté dans bien des circonstances. Le conseil, considérant que tout membre de l'Association générale, de celle de la Seine, des Syndicats est soumis, au préalable, à un vote d'admission par ses pairs, vous demande de décider que tous les membres de ces Sociétés n'auront pas désormais à se pourvoir d'un parrain pour devenir membres du *Concours médical*. (Adhésion unanime).

En ce qui concerne la *Revision de la législation*, contre notre attente, le *projet du gouvernement* est venu du comité consultatif d'hygiène avec des articles supprimés ; précisément les articles auxquels nous attachons le plus d'importance !

Alors, le conseil de Direction a jugé utile d'inviter à notre banquet, ce soir, les huit *députés membres du Concours médical*. Six d'entre eux, et à leur tête M. le Dr Chevandier, font partie de la commission de révision. Nous espérons qu'ils nous donneront de bons conseils et pourront nous expliquer pourquoi certains articles ont été supprimés. Le comité consultatif d'hygiène est présidé pourtant par notre représentant naturel, le doyen de la faculté. Mais ce doyen est si occupé, si haut placé ! Si nous le voyions quelquefois parmi nous, nous lui dirions que le médecin n'est pas défendu ; qu'il devrait pouvoir délivrer des médicaments d'urgence ; qu'on doit combattre les prétentions des pharmaciens qui veulent faire de la médecine sous la seule garantie de leur diplôme et du droit commun ; que ce n'est pas au médecin, mais à la famille qu'il faut imposer la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses, etc., que les médecins, comme tous les autres citoyens doivent pouvoir s'associer sans avoir besoin de *tolérance* ; que l'exercice illégal doit être poursuivi par les procureurs de la République ; que, si l'Assistance publique dans les campagnes s'organise, la première chose à faire c'est d'en voter les fonds et de ne pas commettre la même faute que pour la *loi Roussel*, inappliquée parce qu'on n'a pas songé à cette bien naturelle condition. (*Approbation*).

Je serais incomplet si je ne rendais pas, ici, hommage aux œuvre analogues à celles du *Concours médical*, aux œuvres d'initiative privée. Les deux premières que je signale à vos éloges et à votre attention sont les deux œuvres d'indemnité de maladie du Syndicat d'*Aisne et Vesle* et du docteur *Gallet-Lagoguey*.

La troisième est celle du docteur *Toussaint*. Il se propose de réunir en société professionnelle les *médecins-inspecteurs* des enfants assistés et de la première enfance qui souscriront à ses statuts. L'œuvre sera complétée par un journal.

La quatrième est une organisation médicale analogue aux dispensaires pour enfants, de notre confrère Gibert (du Havre). Mais ce dispensaire, sous le nom de Policlinique de Paris, donne des soins à tous les malades, quel que soit leur âge, les visite à domicile et fait l'éducation pratique des étudiants. Due à MM. les docteurs *Butte*, *Arthaud*, *Ollivier*, *Nattier*, etc., elle méritait d'être mentionnée et applaudie ici, à la condition qu'elle ne prodiguera ses bienfaits qu'aux malheureux.

Le *Conseil de Direction* désire que vous lui traciez sa tâche pour le nouvel exercice. Soyez assurés que, comme dans le passé, il saura la remplir. (*Applaudissements*).

Exposé du budget annuel par M. le Dr Maurat.

Messieurs,

Vous avez tous reçu le numéro 41 du journal contenant le rapport que j'ai fait en qualité de *secrétaire-trésorier* du Concours médical. Je prie M. le Président de mettre aux voix l'approbation des comptes qui ont été publiés. L'approbation mise aux voix est votée sans observations.

Il nous reste maintenant, Messieurs, à établir le budget pour l'année 1890-91. Je résume en quelques mots le projet de budget présenté dans mon rapport :

Au 1er octobre dernier, l'avoir disponible était de	522 83
Nous encaisserons en coupons dans le courant de l'année environ	965 17
Nous pouvons évaluer les dons environ à	512 00
Ce qui nous donne un avoir total de	2.000 fr.
Nous avons à prévoir en faits de dépenses :	
Frais de banquet	600 00
Jetons de présence et frais de déplacement	400 00
Total	1.000 00

Il reste donc une somme de mille francs dont vous avez à décider l'emploi.

Ce projet de budget est adopté par l'Assemblée.

Résumé des travaux du Conseil de Direction par M. le Dr Gassot :

Messieurs et chers Confrères,

Le résumé des travaux du *Conseil de Direction du Concours Médical* pendant l'année qui vient de s'écouler sera bref, car nous ne nous sommes guère occupés que d'une seule question : l'*assurance-maladie*. Mais la question était grosse et devait amplement satisfaire notre activité.

C'est que pour réussir il ne suffit pas de mettre en avant une idée juste, de trouver une organisation pratique qui lui donne du corps, il faut encore lutter contre une foule de difficultés qu'on ne peut même pas soupçonner dès l'abord.

Ce sont des préventions, des illusions, des questions de sentiment ou d'amour-propre, des riens qui constituent les plus gros obstacles, ceux auxquels il faut opposer le plus de prudence et de diplomatie. C'est donc à être diplomates que nous avons surtout employé notre année, et pourtant nous avons conscience de n'avoir ni perdu notre temps, ni démérité de la confiance que vous voulez bien nous témoigner.

Vous nous aviez donné mandat d'étudier cette question de l'assurance-maladie et de la faire aboutir ; vous aviez, dans ce but, laissé à notre disposition toutes vos ressources, car vous craigniez que *le conseil de l'Association*, saisi de la question, ne pût ou ne voulût pas l'étudier à fond.

Or il suffit de rappeler cette décision pour montrer combien vous avez eu raison d'agir ainsi — tous vous vous souvenez de ce qui s'est passé à l'Assemblée générale de l'Association : sans les travaux du Concours, sans sa propagande, sans l'intervention de son directeur, un enterrement de première classe renvoyait aux calendes l'examen de cette question qui vous paraît si importante.

Permettez-moi une digression nécessaire.

On nous accuse d'être les ennemis de l'*Association générale.* C'est quelque peu ridicule, puisque nous en sommes membres ; que plusieurs d'entre nous ont l'honneur d'être présidents ou membres des Bureaux ou délégués des Associations locales ; puisque encore nos propositions n'ont jamais eu pour but que la prospérité et la vitalité de l'Association ; mais le siège est fait, nous sommes les ennemis de l'Association et nous sentons trop le fagot pour que rien de bon puisse venir de nous ! (*Rires.*)

Nous sommes, paraît-il aussi, les ennemis du Conseil général et notre grand crime est de ne pas croire que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes médicaux. Nous avons, est-il besoin de le répéter, grand respect pour des hommes dont la plupart ont une haute situation scientifique, dont plusieurs ont été nos maîtres et dont nous avons conservé le meilleur souvenir ; nous louons leur générosité, — mais, enfin, n'avons nous pas quelque droit de leur dire que, dans leur douce quiétude, ils connaissent bien mal nos souffrances, nos besoins et nos aspirations, et que répondre sans cesse par une fin de non recevoir à nos justes doléances, n'est pas précisément ce que nous attendons d'eux ? Croient-ils donc réellement que faire l'aumône aux confrères les plus misérables et les plus déshérités soit l'idéal rêvé par le corps médical ?

Ce secours, cette pension qu'ils donnent est certes un résultat acquis dont il ne faut pas médire, et le confrère qui l'obtient sait, à défaut d'autres, l'apprécier comme il convient ; mais ne peut-on demander à l'Association ce qu'elle a fait pour empêcher le malheureux qu'elle secourt de tomber au degré de misère qui l'oblige à tendre la main ?

L'Association s'intitule Association de *prévoyance* et de secours Mutuels ; nous voyons les secours, mais où donc sont les œuvres de *prévoyance* ? Ces œuvres, c'est la société du Concours médical qui les a proposées, et, dût-on nous accuser encore d'être des brouillons et des impatients, nous continuerons à les proposer.

Certes, nous désirons vivement qu'elles soient prises sous le patronage de l'Association et mises à exécution par elle, mais nous ne craignons pas de le dire, si nous nous heurtions encore à une fin de non recevoir, comme il est arrivé pour *la caisse des pensions de droit*, nous saurions passer outre et prouver que nos projets sont viables et méritent mieux que le dédain de ceux qui ne les comprennent pas.

Votre Conseil de Direction s'est attaché, messieurs, à réunir tous les documents, à provoquer toutes les études nécessaires sur l'Assurance-maladie. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les travaux de M. Cézilly, ni ceux de M. Maurat, les controverses qu'ils ont soulevées, les études qu'ils ont provoquées de la part de plusieurs de nos confrères et en particulier de nos amis de la *Gironde*. Je n'ai pas besoin d'insister non plus sur la réserve que nous avons cru devoir garder tant que le Conseil général de l'Association n'eut pas donné ses conclusions et sur la campagne active qui suivit l'adoption de notre motion d'ajournement par l'assemblée générale de cette Association.

Ce que je dois vous dire, c'est que votre conseil de direction, estimant que les divergences possibles des divers projets qui seraient soumis à la commission du conseil général pourraient empêcher l'étude complète de ces divers projets, prit la détermination de convoquer à une réunion préparatoire tous ceux qui, à un titre quelconque, s'étaient occupés de la question et décida que les frais de cette réunion seraient supportés par notre société. Nous espérions ainsi qu'un projet unique pourrait être adopté et présenté à la commission.

La réunion ne put, pour des motifs d'ordres divers, être aussi nombreuse que nous l'eussions souhaité, mais elle examina à fond successivement toutes les questions primordiales qui pouvaient être soulevées, et l'entente s'établit sur les grandes lignes.

Vous savez ce qui est advenu : la commission a pris le projet en considération et va le soumettre aux sociétés locales. C'est là ce que nous voulions.

Au mois d'avril prochain, la discussion pourra donc s'ouvrir avec fruit : les sociétés locales, saisies d'une proposition ferme, se seront prononcées et le conseil général pourra, cette fois, parler au nom de l'Association.

Quel sera le résultat du vote ? Il est difficile de le prévoir. Nous aurons fait tout ce qui dépendait de nous pour faire triompher l'organisation par l'Association : si nous réussissons, notre tâche sera terminée ; si nous échouons, de nouveaux devoirs s'imposeront à nous.

Et c'est en vue de cette éventualité que nous vous demanderons de persister dans votre résolution de l'an dernier : vous chargerez votre conseil de direction de poursuivre la réalisation de l'assurance-maladie et encore une fois vous laisserez à sa disposition les fonds libres de l'exercice qui va commencer.

Il faut que l'année 1891 voie se réaliser l'œuvre de l'assurance maladie entre médecins : agissons donc comme si nous n'avions à compter que sur nous. Cela ne nous empêchera pas de souhaiter que pour une fois, nos intentions soient reconnues bonnes par l'Association générale et que notre projet soit accepté par elle.

Au cas où, par suite de cette adoption, ces fonds n'auraient plus d'affectation spéciale, votre conseil de direction les emploierait au mieux des intérêts de la société. La révision de la législation médicale, l'assistance publique dans les campagnes sont toujours là, et nous pouvons malheureusement dire que les projets déposés ne nous donnent guère satisfaction. Nous aurons donc à intervenir, et vous nous donnerez les moyens de faire les démarches nécessaires.

C'est, direz-vous, une preuve de confiance que vous demande votre conseil de direction. Nous l'avouons et pensons que vous ne nous refuserez pas ce nouveau témoignage (*Approbation et applaudissements.*)

M. *Gassot* propose de *consacrer les mille francs dont dispose notre société à l'œuvre de l'Indemnité de maladie, comme nous l'avons fait l'année précédente.* »

M. *le Président.* — Messieurs, voilà une proposition ferme, faite au nom du *Conseil de Direction* ; mais il est à peu près certain que nous ne dépenserons pas la somme de mille francs pour l'œuvre de l'*indemnité de maladie*. Par conséquent, il n'y aurait aucun inconvénient à faire des propositions subordonnées, dans une certaine mesure, aux exigences de la question d'indemnité de maladie. Remarquez qu'il peut arriver que pour la *Revision de la législation*, nous ayons quelques dépenses à engager. Voudriez-vous ajouter à l'affectation proposée par M. Gassot, une seconde affectation à la revision de la législation ?

M. *de Lignerolles*. — Pourquoi ne pas constituer un fonds de réserve ? Les affectations viendront l'année prochaine.

M. *Maurat.* — C'est ce qui a été fait l'année dernière ; les fonds en surplus sont toujours reportés à l'exercice suivant.

M. *Lassalle.* — Je propose de laisser les *mille* francs à la disposition du *Comité de Direction*, pour les employer au mieux des œuvres du *Concours*.

Divers. — C'est ce qu'il y a de plus simple. (Adopté.)

M. *le Président.* — La parole est à M. le Dr Maurat.

Le Dr Maurat expose en quelques mots la situation de la question « *Indemnité en cas de maladie* », et demande à l'Assemblée de vouloir bien, sans entrer dans des questions de détail, voter quelques principes généraux qu'il lui soumet.

Après une discussion que les exigences de la mise en page nous obligent à supprimer l'Assemblée prend les décisions suivantes :

1° *Il est souhaitable que la caisse indemnité en cas de maladie soit créée par l'Association générale des médecins de France.*

2° *Dans le cas où l'Association générale ne consentirait pas à cette création, l'Assemblée invite son bureau à en continuer l'étude en dehors de toute attache officielle.*

3° *Il est bon que les cotisations annuelles à verser pour s'assurer une indemnité déterminée, soient proportionnelles à l'âge d'entrée des sociétaires.*

4° *Il est nécessaire d'exiger que les candidats fassent une déclaration de santé et se soumettent à un examen médical.*

5° *Le taux de l'indemnité quotidienne doit être fixé à 10 fr. par jour, avec possibilité pour le sociétaire de la doubler ou la diminuer de moitié selon la prime qu'il versera.*

6° *Il est préférable que l'indemnité moyenne qu'il sera possible de répartir par tête de sociétaire et par an soit appliquée aux premiers mois de la maladie, plutôt que répartie sur la totalité des journées de maladie de l'année.*

En d'autres termes, l'Assemblée décide que, si les calculs prouvent qu'il est possible de donner, par an et par tête de sociétaire, une indemnité maximum de 1.200 fr. il vaut mieux donner 10 fr. pendant 120 jours, que 10 fr. pendant 60 jours et 5 fr. pendant 120 jours, ou tout autre combinaison analogue.

7° *Les cotisations doivent-elles être centralisées dans une caisse unique ?*

Cette question a sa raison d'être, parce que dans divers projets présentés, on a proposé de former des groupes de médecins ayant leur autonomie. Nous sommes d'avis que non, parce qu'on verrait des groupes très prospères et d'autres qui périciliteraient. (Adopté.)

M. le Dr *Lécuyer* fait connaître l'état de la Caisse assurance-maladie dans le Syndicat d'Aisne et Vesle.

« Depuis la fondation de notre caisse d'assurance mutuelle contre la maladie temporaire, j'ai l'habitude, mes chers confrères, de vous rendre compte, chaque année, de son fonctionnement et de l'état de ses finances.

Je vous dis, tout d'abord, que son état est prospère et notre petite expérience a son importance au moment où le corps médical entier s'occupe, non pas seulement de l'utilité indiscutable d'une œuvre semblable, mais se demande si l'Association générale des médecins de France, qui a rendu tant de services, mais qui, disons-le tout bas, a des tendances à prendre toute innovation pour une révolution, si l'Association générale, dis-je, avec ses cadres, son nombreux personnel, l'autorité indiscutable de son bureau, doit prendre en main cette œuvre, non de charité, mais de solidarité confraternelle.

Notre caisse, fondée en octobre 1887, n'a commencé à fonctionner que six mois après, en avril 1888.

Nous sommes toujours 14 membres, donnant 48 fr. par an. Cette année, un d'entre nous a été malade pendant quarante jours, soit une moyenne d'environ 3 journées par sociétaire. L'indemnité journalière de 10 fr. lui a été donnée suivant nos statuts, et il nous reste en caisse plus de *dix-huit cents francs*.

Notre œuvre est donc viable et doit engager tous nos confrères à ouvrir enfin les yeux et à seconder les efforts du *Concours Médical* qui a déjà eu l'honneur de fonder la *Caisse des pensions de droit*, honneur décliné par l'Association générale.

Le *Concours* voudrait que notre grande association, qui a déjà eu le plus grand tort de ne pas avoir voulu s'occuper de la Caisse des pensions, mît tous ses moyens en œuvre pour fonder une caisse d'assurance contre la maladie, mais si l'Association décline cet honneur, il s'en chargera lui-même, fidèle à sa devise : pour le progrès et pour la solidarité du corps médical. »

Applaudissements.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

(Lettre de M. le Dr *Lande*, vice-président de l'œuvre.)

Mon cher confrère,

C'est avec un grand regret que je suis obligé de manquer, au dernier moment, à la promesse faite d'assister à la réunion des adhérents du Concours médical.

Sur votre demande, je me proposais de faire à nos confrères une conférence sur notre Caisse des pensions de retraite, certain d'obtenir ainsi quelques nouvelles adhésions ; les quelques chiffres que je vous envoie auront certainement plus d'éloquence que ma parole.

Notre dévoué trésorier, le Dr Verdalle, me communique les chiffres suivants :

Les encaissements s'élèvent à ce jour à la somme de fr. 259,293,39, représentée par les valeurs suivantes : 4650 fr. de rente amortissable, 50 obligations anciennes du Midi, 50 obligations anciennes de l'Orléans, 50 obligations foncières 1883, 50 obligations communales 1886, 20 obligations communales 1879, 20 obligations foncières 1879, 21 obligations nouvelles du Midi, et le trésorier a en caisse environ 2500 francs.

Cette situation a été obtenue par le premier groupe d'adhérents dont quelques nouvelles recrues comblent chaque année les vides et augmentent légèrement le nombre. Mais la masse se recueille et nous attend à l'œu-

vre sans songer qu'elle perd ainsi dix bonnes années de participation et qu'il faudra payer cet excès de prudence (je ne veux pas dire cette défiance) par une notable élevation de cotisation.

Mais patience! Trois ans encore et les plus incrédules devront bien se rendre à l'évidence quand nous paierons à nos sociétaires leur rente viagère de 1200 francs.

Nous connaissons déjà quelles seront nos charges pendant les six et même les sept premières années de fonctionnement complet et nous savons que les revenus seuls du capital que nous aurons amassé à la date de notre première échéance suffiront pour faire face à toutes nos obligations.

Les cotisations que nous recueillerons pendant toute cette période viendront augmenter notre capital social et nous sommes dès aujourd'hui certains — alors même que notre nombre ne ferait que se maintenir — nous sommes, dis-je, dès aujourd'hui certains que, malgré les charges qui nous incomberont, notre capital social s'accroîtra chaque année d'une somme d'environ 40.000 francs !

Que sera donc notre situation si, comme nous l'espérons, nous qui, depuis huit ans, poursuivons sans relâche notre devoir de propagande, si nos confrères convaincus viennent grossir nos rangs !

Les adhérents du Concours médical sont tous dévoués aux œuvres de solidarité confraternelle : qu'ils étudient notre organisation et nos tarifs, et ils viendront certainement à nous!

Nous aurons occasion de leur dire où en est l'œuvre de l'indemnité en cas de maladie. Bien aveugle ou bien peu soucieux de ses intérêts sera le médecin qui par l'assurance-maladie n'aura pas détourné de lui les funestes effets du chômage et qui par sa participation à la Caisse des retraites n'aura pas assuré à ses vieux jours le nécessaire qui suffira à garantir la dignité au déclin de sa carrière à défaut de l'aurea mediocritas, terre promise que tant de praticiens n'entrevoient, hélas! que de loin.

Cette lecture est accueillie par les applaudissements de la réunion.

Proposition de M. le Dr Ledé.

« La loi de protection des enfants du premier âge (loi du 23 décembre 1874) doit être une loi médicale; elle n'a été votée qu'en prenant en considération les formalités administratives reconnues actuellement comme un empêchement à la réelle protection des enfants en nourrice. Cette loi doit être revisée et il est nécessaire que les membres du *Concours médical*, habitant la province et qui remplissent les fonctions de *médecin inspecteur des enfants du premier âge*, veuillent bien formuler les desiderata actuels et les adresser au docteur Ledé, membre du Concours médical.

A. — Tarif des honoraires et mode de rémunération.

B. — Est-il possible actuellement de faire la 1re visite dans les 8 premiers jours du placement.

C. — Inconvénients de l'abonnement lorsqu'il est en vigueur.

D. — Délivrance du certificat médical. Est-il gratuit ?

E. — Le médecin inspecteur est-il seul autorisé à délivrer le certificat médical dans sa circonscription surtout pour les éleveuses au biberon ?

F. — N'y a-t-il pas lieu d'exiger que les enfants placés chez des grands-parents ou d'autres parents, moyennant salaire ou rémunération, soient soumis à l'inspection médicale ?

G. — Quelles sont les mesures à prendre pour que les nourrices reçoivent régulièrement leur salaire ? »

L'Assemblée donne son adhésion à la demande de M. le Dr Ledé.

Propositions du Syndicat du Cher.

M. Courrège, délégué :

1re PROPOSITION.

« Depuis un an, Monsieur le préfet du Cher, ayant refusé de payer les frais de maladie des nourrissons surveillés par la loi du 23 décembre 1874, le syndicat du Cher, région nord, a engagé ses membres à user de tous les moyens pour obtenir satisfaction de la part des nourrices ou des familles, tout en les laissant libres de refuser les soins médicaux dans le cas de mauvaise foi bien établie.

Afin de mettre un terme à cet état de choses préjudiciable, tant aux nourrissons qu'aux médecins inspecteurs, j'avais pensé à provoquer la création d'une assurance en cas de maladie dont la caisse eût été alimentée par une faible cotisation versée par les familles au moment du placement. Cette prime eût pu être versée entre les mains du trésorier de la Chambre syndicale des bureaux de nourrices. Mes calculs sont basés sur la situation nourricière du Cher. J'ai transmis mon idée au Docteur Toussaint et au bureau de la Chambre syndicale des bureaux de nourrices qui ont accepté en principe mon projet. Cette question intéresse au plus haut point les praticiens de la campagne. »

L'assemblée estime que cette proposition peut être le point de départ d'une étude *ultérieure*.

Autre question : Les syndicats du Cher désirent organiser une fédération. L'un d'eux voudrait faire servir la société locale de trait d'union aux divers syndicats. Cette idée soulève des objections sérieuses de la part des deux autres associations. J'ignore quels sont, dans les autres départements, les rapports des syndicats avec les sociétés locales. Les deux institutions paraissent personnellement poursuivre un but bien différent. »

L'*assemblée* est d'avis qu'il est préférable de surseoir à la création d'une fédération dans le département.

BANQUET

A 7 heures et demie on annonce que le Concours médical est servi ; les convives entrent en foule dans le salon du Zodiaque et cette année, encore plus que les précédentes, on peut apprécier les inconvénients qu'il y a à ne pas prévenir de sa présence au banquet. On s'est trouvé dans l'obligation de dresser quatre tables latérales de quatre personnes chacune ; le directeur s'excuse auprès de ceux qui veulent bien y prendre place. Mais comme la table principale occupait toute la longueur de la salle à manger, il était impossible d'éviter cet inconvénient, accepté d'ailleurs avec la plus parfaite bonne grâce.

Le menu et les vins ont reçu l'approbation générale des convives, et au champagne le Directeur se lève pour porter la santé des membres du Concours médical absents, des collaborateurs du *Concours* et des invités du *Conseil de Direction*, parmi lesquels nous citerons MM. *Chastenet*, *Lordereau* et *Chanlaire*, conseils habituels de la Société, et MM. les députés : *Chevandier*, *Viger*, *Cosmao-Dumenez*, *David*, *Langlet*.

Le directeur ajoute à son toast, chaleureusement applaudi, quelques paroles à l'adresse des médecins députés qui ont bien voulu venir assister au banquet ; il leur soumet les vœux principaux du corps médical sur la rédaction des lois en préparation et ajoute qu'en ce qui concerne les œuvres médicales pour lesquelles on peut se passer de la sanction parlementaire, ils savent, puis que tous les cinq ils font partie du Concours médical, qu'on ne leur demandera, pour celles-ci, que leur propagande. Il les remercie par avance de l'appui qu'ils prêteront au Concours médical et à tout ce qui l'intéresse. (*Applaudissements.*)

M. le Dr *Bénard*, de Saint-Germain-en-Laye, se lève alors et s'exprime en ces termes :

Toast du Dr Bénard, de Saint-Germain.

Je vais, Messieurs, moi aussi porter un toast. Je n'ai pourtant, je le reconnais, d'autre qualité pour le faire que celle d'être un des premiers adhérents de la société du Concours médical. C'est au nom des humbles, des déshérités de la profession que je veux boire aujourd'hui au Concours médical, à son vaillant directeur, à ses zélés collaborateurs.

Depuis onze années déjà, M. le Dr Cézilly se tient sans relâche sur la brèche, travaillant, combattant, luttant désespérément pour nos intérêts et pour notre bien-être. Quels services inappréciables n'a-t-il déjà pas rendus, surtout à cette catégorie de praticiens que je représente ? Il ne faut pas que notre silence lui laisse plus longtemps supposer que ses incessantes recherches ont été vaines, que ses appels réitérés n'ont pas été entendus, que sa voix et celles de ses collaborateurs n'ont pas enfin trouvé un écho dans nos cœurs. Le Concours, dans toutes les questions qui intéressent la grande famille médicale, a constamment mis toute son ardeur à défendre notre cause, et l'on peut dire, n'est-ce pas, qu'il l'a toujours défendue et qu'il la défend encore brillamment. Toutes les grandes questions professionnelles sont étudiées, discutées, approfondies de la façon la plus compétente. Que manque-t-il pour que nous arrivions à voir les solutions s'effectuer au gré de nos désirs à tous ? Une chose seulement, mes chers confrères, et cette chose vous la trouvez indiquée dans le titre même de notre société : c'est le Concours médical. Il faut, en effet, que tous les médecins concourent au but commun. Pour cela, nous devons nous soutenir, nous grouper autour de ceux de nos confrères que nous avons chargés de nous représenter. Que nos chers défenseurs apprennent que, s'ils ont, à un moment donné, besoin de nos voix collectives, de l'appui de notre nom, quand il s'agira, dans notre intérêt, d'accepter, par exemple, ou de refuser les présents, les corvées que l'on nous offre : déclaration des maladies épidémiques, organisation de la médecine de campagne, etc., le corps tout entier se réveillera à cet appel. Oui, il est nécessaire qu'ils sachent, aujourd'hui, qu'ils peuvent compter sur nous de la manière la plus absolue. Dans ces conditions, qu'arrivera-t-il ? Nous serons forts de notre union commune. Et alors ?... Mais alors on nous consultera ; il faudra bien demander leur avis à ceux qui peuvent refuser, étant les plus forts, ces corvées qu'on leur eût imposées d'office s'ils eussent paru les plus faibles. Alors encore, nous obtiendrons bien, cela me semble ne pas faire l'ombre d'un doute, que les lois qui nous concernent, si elles sont faites sans nous, ne soient, dans tous les cas, pas faites contre nous.

Je bois, Messieurs, au Concours médical, à son directeur, M. le docteur Cézilly, et à tous ses collaborateurs. (*Applaudissements.*)

Toast du Docteur Gassot.

Messieurs,

Notre directeur vient de porter la santé de nos confrères députés qui ont bien voulu être des nôtres, je vous propose d'associer à ce toast les autres médecins législateurs qui, en entrant au Parlement, veulent bien ne pas oublier qu'ils appartiennent au corps médical.

Si d'autres nous oublient, ceux-là travaillent pour nous, et il suffit de citer le nom de notre vénéré confrère et ami, le Dr Chevandier, pour rappeler à tous la ténacité avec laquelle il poursuit de concert avec eux, sans grand succès hélas ! l'œuvre de la revision législative.

Ce que nous demandons aujourd'hui à nos confrères, c'est de rappeler en haut lieu que le corps médical a légitimement le droit d'être consulté sur les questions qui l'intéressent et que l'avis du conseil d'hygiène ne saurait suffire quand il s'agit de l'exercice de la médecine.

C'est de dire aussi que l'opinion des praticiens de province et même de la campagne ne ferait peut être pas trop mauvaise figure à côté de celle des princes de la science et pourrait même éviter de sérieux déboires en imprimant aux discussions un caractère pratique qui trop souvent leur manque.

Ces conseils, nos confrères les donneront, nous en sommes certains ; espérons qu'ils seront suivis et buvons encore une fois au succès de la revision des lois médicales.

(*Applaudissements répétés*).

Toast de M. le Dr Chevandier.

Mes chers confrères, ou plutôt mes chers amis,

Il y a si longtemps que vous me faites l'honneur de m'inviter à cette fête de famille que nos sentiments de confraternité ont pris assez d'acuité pour que vous me permettiez ce titre.

Il m'autorise à plus d'abandon. D'ailleurs le plaisir qui se dégage de ce banquet, le champagne des toasts avivent nos sentiments et nos souvenirs et corrigent l'amertume de ces derniers, que je résume dans ce vers du poète :

Infandum, Cézilly, jubes renovare dolorem.

C'est vraiment une douleur que de recommencer et d'entendre toujours le même récit, auquel ce vers pourrait servir d'épigraphe.

Epitaphe eût été dans ma pensée, si je ne regardais qu'à nos longs et communs revers. J'ose encore me retourner vers l'espérance d'aboutir enfin. Oui, nous avons repris courageusement notre œuvre, et je n'y ai nul mérite personnel ayant pour collaborateurs, dans la commission, des confrères pleins de dévouement, animés du vif désir d'en finir une fois pour toutes avec cette revision de la loi du 19 ventose, an XI.

Ceux qui font partie du Concours médical sont vos invités, et c'est pour moi une nouvelle occasion de rappeler que cette proposition de revision est vôtre ; que l'honneur de l'initiative vous en revient, et que c'est en vous que je puise fermeté et résolution, comme j'y ai puisé la plupart des dispositions qui formeront bientôt la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine.

Après de longs tiraillements, nous avons vu enfin apparaître un projet du gouvernement qui se rapproche beaucoup du nôtre. L'entente est faite sur la plupart des articles. C'est là pour le succès une condition préférable à celle que nous créait le conflit.

C'est quelque chose, c'est même beaucoup, que de pouvoir nous présenter ainsi devant le Parlement.

Notre désir d'entente n'a pas cependant été poussé au point de nous faire abandonner vos légitimes réclamations. La commission a maintenu dans son projet :

1° L'obligation pour le procureur de la République de poursuivre d'office l'exercice illégal ;

2° Le droit d'association pour les médecins, c'est-à-dire le bénéfice pour les Syndicats médicaux de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels ; 3° enfin le relèvement du tarif du 18 juin 1871 pour les médecins experts.

Nous avons donc été au-devant des réclamations soulevées par le projet du gouvernement et nous osons croire qu'au cours de la délibération les ministres admettront le bien fondé de nos revendications.

Voilà où en sont nos affaires.

Quand, comme moi, on a eu si souvent le malheur, après avoir avec nos collègues des diverses commissions édifié péniblement notre petit monument parlementaire, de le voir crouler à la fin de chaque législature, on s'estime heureux, au commencement d'une législature nouvelle, de se trouver sain et sauf au milieu des décombres et en assez bon état pour reprendre nos matériaux et les réunir pour la troisième fois en une proposition semblable à celles frappées d'une double caducité.

Heureux du bon état de mes forces, je porte la santé du corps médical tout entier en vous invitant à saisir vos verres, à boire à sa santé, certain que la vôtre s'en portera mieux et que la nôtre ne s'en portera pas plus mal. *(Applaudissements)*.

Toast du Dr Lassalle.

Messieurs les députés, Messieurs et chers confrères,

Après les toasts officiels, veuillez permettre à un indépendant de dire quelques mots qui ne pourront être, je le reconnais, qu'une répétition bien imparfaite et fastidieuse des excellentes choses que vous avez entendues ; j'espère pourtant que vous voudrez bien excuser des redites qui ont pour but, d'une part, de renouveler à des hôtes éminents l'expression d'une gratitude et d'une sympathie sincères, d'autre part de leur exposer à nouveau les besoins et les revendications du corps médical.

Merci, encore une fois, cordialement merci, Messieurs les députés, du précieux témoignage de sympathie que vous nous avez apporté en venant ce soir prendre place à notre banquet confraternel.

Tout à l'heure, Messieurs, notre vaillant directeur, M. Cézilly, faisait un éloquent appel à votre sollicitude en faveur de nos intérêts professionnels et notre confrère M. Chevandier, ce vétéran de nos assemblées parlementaires, lui répondait qu'il ne pouvait se défendre d'une certaine confusion en constatant l'ajournement indéfini du projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Eh ! bien, permettez-moi de vous dire, Messieurs les députés, que le corps médical, dont je crois être en ce moment le fidèle interprète, commence à se lasser, je pourrais dire à s'indigner de voir les plus légitimes revendications toujours méconnues, toujours repoussées.

N'avons-nous pas le droit de nous plaindre, en effet, Messieurs, quand depuis plus de 80 ans nous attendons en vain une législation équitable, c'est-à-dire en harmonie avec les besoins sociaux et avec les obligations et les charges qui nous sont imposées ?

N'avons-nous pas le droit de nous indigner quand nous voyons l'État, qui exige de nous tant de services, nous livrer sans défense et sans protection à la concurrence la plus monstrueuse qui fût jamais ?

Car, veuillez remarquer, Messieurs, cette étrange contradiction : D'une part l'Etat multiplie les Facultés de médecine, complète et perfectionne sans cesse l'enseignement supérieur, devient de plus en plus exigeant pour l'obtention ou la délivrance des diplômes.

Et, d'autre part, nous le voyons assister impassible au débordement véritablement effrayant de l'exercice illégal ; nous le voyons montrer une tolérance, qu'on pourrait taxer de complicité, vis-à-vis des charlatans de tout acabit qui, nouvelle plaie d'Egypte, infectent et rongent notre pays et peuvent impunément, au grand jour, sous l'œil bienveillant ou tout au moins indifférent des parquets, se livrer à une exploitation aussi malhonnête que dangereuse pour la santé publique. Comment expliquer cette incroyable anomalie, Messieurs ? Pourquoi cette injustice persistante vis-à-vis d'une corporation qui prête chaque jour à la Société et à l'Etat un concours indispensable et le plus souvent désintéressé ? vis-à-vis d'une corporation qui n'a jamais marchandé, pour tant de services publics, son dévouement, son abnégation, et, le cas échéant, le sacrifice de sa vie ?

Un pareil état de choses ne peut se justifier par aucun argument sérieux ; je vais pourtant essayer de l'expliquer par quelques raisons :

La première, c'est notre inertie, mes chers confrères, c'est notre indifférence, notre négligence à l'endroit de

nos intérêts professionnels. La seconde — oh ! celle-là, Messieurs les députés la connaissent mieux que personne — c'est que dans notre beau pays de France, dans ce pays qu'on proclame la terre privilégiée de la loyauté et du bon sens, nos législateurs dépensent la meilleure partie de leur temps en discussions stériles, byzantines, au lieu de le consacrer à l'étude et à l'élaboration des lois utiles et des réformes pratiques. Veuillez me pardonner ce libre langage que vous trouverez peut-être irrévérencieux, Messieurs et chers invités !... Je vous remercie de votre indulgence, et, puisque vous m'y invitez, Messieurs, par vos applaudissements si chaleureux, je vais vous dire toute ma pensée. Je suis d'ailleurs de ceux qui estiment que sous un régime sincèrement démocratique toutes les occasions sont bonnes pour éclairer les pouvoirs publics et toutes les bouches sont autorisées à leur faire entendre la vérité. Eh ! bien, laissez-moi vous dire, Messieurs les députés, que le pays (et nous sommes bien placés, nous médecins, pour connaître ses besoins et ses aspirations), laissez-moi vous dire que le pays est las, bien las de la politique et des politiciens. Laissez-moi vous dire qu'il réclame énergiquement des lois sérieuses et pratiques, des réformes sages et véritablement utiles à l'intérêt public.

Or vous m'accorderez, Messieurs, vous qui êtes des hommes de bon sens, que des lois protectrices de l'hygiène et de la santé publique pourraient contribuer un peu plus au bonheur du peuple français que la suppression de notre ambassade au Vatican, que l'élection des juges, voire même que l'autonomie de la Ville-Lumière !

Vous me concéderez encore, j'espère, que nos intérêts professionnels sont tout aussi respectables et tout aussi dignes de l'attention des Chambres que ceux des betteraviers ou des bouilleurs de cru.

Mais je m'arrête et vous prie de me pardonner mes trop longues réflexions ; nous comptons sur vous, Messieurs les députés, et nous comptons que vous voudrez bien plaider notre cause auprès de vos collègues du Parlement ; aussi, confiants dans votre puissant concours, nous avons l'espoir fondé que l'année 1891 verra le triomphe de nos justes revendications et marquera ainsi une date mémorable dans les Annales de la médecine française.

C'est dans ces sentiments que je lève mon verre et que je convie tous mes confrères à souhaiter avec moi que vous conserviez longtemps bien longtemps vos hautes situations dans l'intérêt de notre cause et pour le bien de la France. (*Applaudissements.*)

Toast de M. Viger.

Messieurs,

Je pensais qu'après le toast si humoristique de mon collègue, confrère et ami Chevandier, les députés médecins auxquels vous offrez ce soir une si gracieuse hospitalité n'auraient qu'à imiter le silence prudent dont il a été parlé jadis.

Le Dr Chevandier vous a donné, en effet, tous les renseignements que vous pouviez souhaiter d'avoir sur les projets parlementaires qui vous intéressent. Très spirituellement il vous a raconté les péripéties de la proposition qui porte à bon droit son nom et je ne trouve rien à ajouter à ce qu'il vient de vous dire à ce sujet, si ce n'est que je m'honore d'avoir été son lieutenant dans la commission de la médecine, durant toute la durée de la législature. Je suis heureux même de dire devant vous qu'il m'a été doublement agréable de défendre vos intérêts professionnels aux côtés d'un confrère justement honoré à la Chambre pour la sûreté de ses relations et l'élévation de son caractère.

Après lui, je pensais donc à rester coi lorsque notre confrère, le Dr Lassalle, est venu malicieusement réveiller l'esprit batailleur du parlementaire et je ne puis me dispenser de répondre en quelques mots aux critiques qu'il a dissimulées sous la verve la plus enjouée.

Messieurs, soyez-en persuadés, il en est bien peu parmi nos confrères du parlement qui oublient les intérêts des médecins voués au pénible exercice de notre profession. Ce beau titre de médecin, nul n'est tenté de répudier et tous s'honorent de le porter comme la plus élevée des dignités. En ce qui me concerne, je vous avouerai que si par un labeur assidu, j'ai conquis une petite place à la Chambre, j'en suis fier autant pour la profession à laquelle j'appartiens que pour moi-même. Sans doute je travaillais pour ma satisfaction personnelle ; mais si, pour parler le langage décadent, il y avait de ma part un peu d'*égotisme*, je vous faisais honneur aussi, mes chers confrères, *de mes modestes succès, car je prouvais que nous autres médecins, par la nature positive* de nos études, par la variété de notre éducation scientifique, nous pouvions, au même titre que les avocats, traiter les questions d'affaires d'un intérêt si vital pour le pays.

Pour faire réussir vos revendications vous avez pris la meilleure méthode, celle du groupement des intérêts, et je m'étonne avec vous que la jurisprudence ne soit pas favorable aux Syndicats médicaux. Quoi ? les ouvriers, les négociants, les pharmaciens peuvent se syndiquer, et non les médecins ! Comment ! on nous défendrait ce qu'on permet aux huissiers eux-mêmes ? Là-dessus, Messieurs, vous pouvez protester, je vous approuve et je m'y associe *sans contrainte* (*Hilarité*).

Mais si nous sommes arrivés à établir de nombreux syndicats, à réunir autour de la défense de nos intérêts communs, tous les médecins de bonne volonté, nous ne pouvons en remercier que le Dr Cézilly, l'infatigable fondateur du Concours médical. Il a compris que seul il ne pourrait venir à bout de faire réussir son œuvre et il a réuni autour de lui des confrères nombreux et dévoués dont je suis heureux d'avoir fait partie.

Qu'il reçoive ici nos félicitations, car il a été un de ces rares, trop rares Français, qui, au lieu de considérer le gouvernement comme une espèce de Maître-Jacques, chargé d'innombrables fonctions et même de la mission de distribuer le bonheur à toutes les catégories de citoyens, il a été, dis-je, un de ces hommes qui attendant presque tout de l'initiative individuelle, se disent : Aidons-nous d'abord, le gouvernement nous aidera ensuite.

Notre confrère Gassot, dans les paroles tout aimables qu'il nous a adressées disait que le *conseil d'hygiène*, semblait vouloir usurper d'autres fonctions que celles à lui dévolues en légiférant sur la médecine. Je suis quelque peu de son avis. Qui donc a plus d'esprit que Voltaire, disait-on, et on répondait : tout le monde.

Eh bien, je dis à mon tour : qui donc connaît mieux que M. Brouardel les intérêts généraux de la profession médicale, et je réponds : tous les médecins !

Enfin, un de nos confrères, appuyant une spirituelle saillie du Dr Lassalle, disait en riant : Mais nos ministres eux-mêmes appellent des rebouteurs pour les soigner et, chose plus grave, font raconter cette particularité par tous les journaux Permettez-moi de couper délicatement les ailes à ce canard de haute volée. Il s'agit simplement d'un masseur appelé comme manœuvre par un de nos confrères près d'un de ses malades atteint d'une entorse. Mais, Messieurs, quand le fait serait vrai, ce qui n'est pas, ne devons-nous pas faire la part de la crédulité humaine, de cette foi au merveilleux dont notre siècle de hautes conceptions scientifiques ne met pas à l'abri les hommes les plus éminents ?

Rappelez-vous donc cette jolie anecdote qu'on me contait sous l'Empire, à propos d'un médicastre qui eut son heure de célébrité sous le nom de Zouave Jacob.

Est-ce qu'un jour un homme de guerre des plus distingués ne fut pas conduit à l'inspiré prétendu ?. Perclus de rhumatismes, le grand personnage en question devait marcher à la voix de son sauveur.

Par un prodige d'énergie le vieux soldat essaya de se lever en effet, mais il retomba anssitôt sur la partie de son individu où les militaires portaient jadis la giberne. (*Rires.*)

Rions donc, Messieurs, de ces aberrations mentales et répétons avec le Dr Munaret, l'aimable auteur du Médecin des Villes et des Campagnes : « Le médecin voit les grands de trop près, pour mépriser les petits. »

En terminant, Messieurs et chers confrères, permettez-moi d'exprimer un vœu. Vous savez que ma spécialité est de m'occuper des questions de douanes; je voudrais pouvoir établir à l'entrée de nos réunions médicales un droit prohibitif contre toute atteinte portée à l'esprit de bonne confraternité. Je voudrais qu'on fit mentir une bonne fois ce farceur de l'antiquité, cette langue perfide qui a dit, un jour de mauvaise humeur sans doute :

Invidia medicorum pessima.

Messieurs, je lève mon verre et je bois à l'union de tous les membres de la grande famille médicale dans une même pensée de confraternité, pour la défense des intérêts professionnels. (*Applaudissements répétés.*)

Toast du Dr Cancalon, de Charenton.

Messieurs,

Il est imprudent, je le sens, de prendre la parole, après les toasts si justement applaudis qui viennent d'être portés. Cependant je m'abandonne à un sentiment très vif et bien spontané de reconnaissante sympathie, persuadé que ce sentiment est partagé par nous tous, et, sans l'avoir prémédité, je me lève pour vous proposer de boire à la santé des rédacteurs scientifiques du journal le *Concours médical*.

Nous sommes réunis ici par des intérêts communs et solidaires, dont l'importance a été parfaitement mise en lumière. Mais il existe entre nous un autre lien d'une nature toute différente et qui n'est pas moins précieux : c'est la communauté des idées scientifiques.

Depuis douze ans (et combien, en ce laps de temps, la médecine n'a-t-elle pas évolué !), ce journal n'a cessé d'être pour nous un guide sûr, un conseiller de plus en plus écouté, nous gardant des engouements prématurés, sans retarder d'un seul jour, quand il s'agissait d'un progrès véritable ; exposant toutes les questions dans un but pratique, avec élégance, clarté et précision.

Il n'est aucun de nous qui ne reçoive une demi-douzaine de journaux professionnels. Est-ce que le *Concours médical* ne tient pas pour vous, comme pour moi, une place à part ? N'est-il pas plus substantiel, plus facile à consulter ; et quand on le consulte, n'est-ce pas avec sécurité ?

La réclame, par laquelle tant de feuilles se laissent envahir, y a sa place *sur la couverture*, sans malentendus possibles, sans prendre jamais des apparences d'articles de fond, et c'est une justice qu'il faut lui rendre bien haut.

En résumé, je suis convaincu que le talent avec lequel ce journal est rédigé a une part importante dans le succès de l'œuvre totale du Concours, et je félicite M. Cézilly de s'être entouré de si distingués rédacteurs, à la santé desquels je lève mon verre. (*Applaudissements.*)

A ce moment, M. Cézilly annonce que MM. Paul *Delmet, Goudezki* et André *Joyeux*, qui constituent la triade aimée du public élégant des soirées du célèbre Chat-Noir, ont promis de venir dire, à neuf heures et demie, quelques-uns de leurs morceaux choisis, et les convives passent alors dans le salon où le café a été préparé. C'est au milieu des propos les plus animés et des plus joyeuses conversations que M. le Dr *Boyer*, de la Celle-Saint-Cloud, récite la suite des *mésaventures d'un accoucheur persécuté* dont il avait dit la préface en 1889, et que M. le Dr *Lassalle*, en faisant entendre : *l'Affaire est toujours pendante*, récolte comme M. le Dr Boyer des applaudissements nourris.

Pendant ce temps on préparait le salon du Zodiaque et les cent convives du banquet venaient alors s'asseoir autour du piano occupé par M. de Sivry, le musicien éminent du *Chat-Noir*.

Alors MM. Paul Delmet, compositeur ; le poète Goudeski et le chansonnier politique André Joyeux, ont bien voulu chanter ou dire leurs œuvres inédites les plus appréciées :

M. Delmet : *Les choux, Les petits pavés et Petit chagrin.*

M. Goudeski : *Le Ballottage, Dans les vignes, La saucisse, Ballade parfumée.*

M. André Joyeux : *Les millions de la duchesse, Les hommes à coulisses, Les costumes du président, Pompier nocturne.*

Sur la demande qui lui a été adressée par beaucoup d'assistants, M. André Joyeux a interprété, en outre, deux chansons du regretté *Mac-Nab* : le Bal de l'Hôtel de ville et l'Expulsion des princes. Des applaudissements ininterrompus ont remercié MM. Delmet, Goudeski et A. Joyeux et leur accompagnateur M. de Sivry.

Dans les intervalles de repos, M. le Dr *Lécuyer*, secrétaire de l'*Union des Syndicats*, a égayé l'auditoire en donnant lecture d'une spirituelle poésie sur l'organisation de l'*Assistance publique* due à un médecin d'une grande ville du Midi et en répétant, une fois encore, sur la demande de quelques confrères, le célèbre *Voyage anatomique* des salles de garde et des réunions d'étudiants en médecine.

Chacun a pris congé de ses amis et des confrères dont il a fait connaissance, se promettant bien de revenir, en 1891, oublier au banquet du Concours, les soucis et les tribulations de la pratique médicale.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

par la méthode de Robert KOCH.

Notre précédent numéro ayant été consacré tout entier à la chronique professionnelle, au compte rendu de notre assemblée du 9 mars, nous sommes en retard pour parler à nos lecteurs de l'événement du jour et nous arrivons bon dernier de la presse hebdomadaire pour traiter l'actualité. Cependant nous ne regrettons pas ce retard. Nous avons plusieurs fois protesté contre la chasse aux nouvelles qui, déjà peu avantageuse dans la presse politique, nous paraît inutile, sinon dangereuse dans la presse scientifique. Dans le cas présent il y a d'autant moins à regretter de n'avoir pu parler de la découverte de Koch huit jours plus tôt qu'à l'heure présente on n'en sait pas davantage. Nous allons résumer impartialement les nouvelles éparses dans les journaux de la dernière quinzaine et nos lecteurs apprécieront l'état de la question.

Ceux-ci n'ont pas oublié qu'au Congrès de Berlin, Koch avait donné à entendre qu'il était sur la voie d'une découverte importante relative à la guérison de la tuberculose ; cette allusion, si discrètement faite qu'elle fût, avait fait naître l'attente dans le public à cause de la considération qui s'attache à l'homme dont les travaux ont jeté une lumière éclatante sur la pathogénie et le diagnostic de la tuberculose. Lorsqu'en 1882 Koch, confirmant la démonstration faite depuis 1866 par notre compatriote Villemin, de la contagiosité des crachats tuberculeux, nous fit *voir* l'agent contagieux, en nous enseignant comment seul, parmi les microbes que colorent les couleurs d'aniline, le bacille tuberculeux ne se laisse pas décolorer par l'acide azotique, il fit faire un pas considérable à la phthisiologie. Il facilitait le diagnostic, et en nous montrant qu'on peut cultiver ce bacille, il nous faisait entrevoir le moyen d'arriver à l'atténuer, d'essayer sur lui l'action des antiseptiques ; il permettait d'entreprendre avec quelque chance de succès et un moyen de contrôle une thérapeutique qui jusqu'alors n'était jamais sortie des voies de l'empirisme. Que de chercheurs depuis 1882 se sont lancés sur la piste ouverte par Koch, essayant patiemment sur les cultures de bacilles tous les corps chimiques anciennement connus et ceux que fait chaque jour éclore la chimie nouvelle ! La liste des tentatives est interminable ; on la trouvera dans les *Annales de la tuberculose* publiées par Verneuil. On n'avait guère obtenu jusqu'ici de résultat bien satisfaisant. La créosote, essayée cliniquement dès 1874 par MM. Bouchard et Gimbert, et dont l'utilité dans la phthisie pulmonaire ne paraît pas contestable, l'iodoforme patronné par M. Verneuil, et qui donne souvent de bons résultats dans les tuberculoses chirurgicales, sont à peu près les seules substances médicamenteuses qui aient paru dignes d'être conservées ; loin derrière venaient l'acide lactique, le tannin, l'acide fluorhydrique, etc., desquels *adhuc sub judice lis est*.

Ici il convient d'ouvrir une parenthèse relative à la culture du bacille de Koch, au sujet de laquelle a régné, paraît-il, un malentendu regrettable depuis l'origine. Quand Koch eut décrit les caractères de son bacille et qu'il eut annoncé qu'il le cultivait, nos plus éminents micrographes se remettant à l'École et s'essayant à la technique nouvelle, commencèrent à cultiver le bacille de Koch, mais n'y réussirent point. Pendant longtemps le professeur Cornil lui-même en demeura fort embarrassé. Un beau jour MM. Nocard (d'Alfort) et Roux, le collaborateur de Pasteur, annoncèrent qu'en additionnant de glycérine les milieux de culture, on rend aisée la culture du bacille de Koch, et bientôt, en effet, on alla demander de toutes parts en France des cultures de tuberculose au laboratoire de M. Nocard. C'est avec des cultures issues de cette provenance que la plupart des recherches exécutées en France ont été faites. Or il paraît, d'après l'opinion émise par Koch au Congrès de Berlin, confirmée par des recherches récentes de MM. Cadiot, Gilbert et Roger sur la tuberculose de la poule et du faisan, que les

cultures en question ne sont pas celles du véritable bacille de la tuberculose humaine, du bacille de Koch ; il s'agirait d'un bacille propre à la tuberculose des oiseaux, tuberculose aviaire ou avine, espèce microbienne voisine, sans doute, mais non identique ; c'est une pseudo-tuberculose. La question est d'importance, car il est évident que l'action des antiseptiques essayés expérimentalement sur le bacille de la tuberculose des oiseaux n'est pas rigoureusement applicable à celle de l'homme, si le bacille n'est pas le même.

Quoi qu'il en soit, revenons à la découverte de Koch. Nous ne pouvons nous dispenser de reproduire textuellement d'abord la communication faite par lui à la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, d'autant que les communications plus récentes de ses collaborateurs et des correspondants de journaux ne nous ont guère appris davantage.

« Lors du dernier Congrès international des sciences médicales, j'ai fait mention d'un moyen par lequel j'ai réussi à rendre des animaux indemnes contre l'inoculation de bacilles des tubercules, et même à arrêter le processus tuberculeux chez des animaux déjà atteints de tuberculose. Maintenant, nous venons de faire, chez l'homme, avec ce remède, des expériences dont voici le résultat :

Je déclare qu'au fond j'aurais préféré terminer complètement les expériences, surtout en ce qui concerne la collection d'expériences suffisantes relativement à l'emploi du remède dans la pratique. J'aurais voulu aussi étudier et établir des règles exactes sur la méthode de la fabrication de cet agent sur une grande échelle, avant d'en parler au public médical. Mais, à l'heure actuelle, malgré toutes les précautions prises, on en a tant parlé et, il est vrai, d'une manière si exagérée et si peu exacte, qu'il me semble bon d'orienter les médecins sur l'état actuel de cette question, afin qu'il soit impossible qu'on s'en fasse des idées fausses. Il est vrai que je ne puis pas en dire beaucoup encore et que je dois laisser entièrement de côté plus d'une question bien importante.

Les expériences ont été faites sous ma direction par MM. Libbertz et Pfuhl. Les malades ont été choisis dans les cliniques de MM. Brieger, W. Lévy, Fraentzel, von Bergmann. Je remercie tous ces messieurs et leurs assistants pour le bon concours qu'ils ont bien voulu me prêter et sans lequel, je crois, je n'aurais pas réussi à poursuivre jusqu'ici, en si peu de mois, des expériences qui mettent en jeu une si grande responsabilité.

Sur le remède lui-même et sur sa composition, je ne puis rien dire encore, les recherches des méthodes de fabrication sur une grande échelle n'étant pas encore terminées. J'en donnerai les détails ultérieurement.

Le remède est un liquide limpide, brunâtre, qui, sans prendre même des précautions particulières, ne se décompose pas ; avant de s'en servir, il faut le diluer ; mais ces liquides dilués avec de l'eau distillée se décomposent ; il s'y développe des végétations microbiennes ; ces liquides se troublent et ne sont plus applicables. Pour empêcher la décomposition, il faut stériliser par la chaleur les liquides dilués et les conserver dans un flacon bouché avec un bouchon d'ouate, ou, ce qui est plus commode, il faut les diluer à l'aide d'une solution d'acide phénique de 0,5 %. Mais, malgré tout, l'action des liquides dilués, soit stérilisés, soit préparés à l'aide de l'acide phénique, semble s'affaiblir au bout de quelque temps, et c'est pour cette raison que je me sers toujours de solutions fraîchement préparées.

Le remède ingéré par la bouche n'exerce point d'action ; pour obtenir une action précise, il faut l'employer en injection sous-cutanée. Nous nous sommes servis pour nos injections d'une petite seringue à ballon de caoutchouc ; elle n'a point de piston et cette seringue reste facilement aseptique par le lavage seul avec de l'alcool absolu. Je crois que c'est à ce mode de procéder que nous devons de n'avoir pas observé un seul abcès, bien que nous ayons fait plus de mille injections.

Comme lieu d'application nous avons choisi la peau du dos dans la région comprise entre les omoplates et dans la région lombaire, parce que, d'après nos expériences, c'est dans ces régions que l'injection était presque indolore et ne provoquait généralement aucune réaction locale.

Quant à l'action du remède sur l'homme nous avons observé dès le commencement que l'homme réagit contre cet agent, d'une manière importante et facile à constater, mais tout autrement que le cobaye, l'animal choisi pour ces expériences. C'est une constatation nouvelle de cette règle importante dont l'expérimentateur doit toujours tenir compte, à savoir que l'on ne peut pas, des résultats des expériences faites chez l'animal, conclure à des effets identiques chez l'homme.

En effet, nous avons constaté une réaction bien plus sensible chez l'homme contre le remède que ce n'était le cas chez le cobaye. On peut faire à un cobaye indemne une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes du liquide non dilué et même une plus forte encore, sans que l'animal présente quelque symptôme perceptible. Chez l'homme sain, une injection sous-cutanée de 0,25 centigrammes du liquide non dilué suffit pour produire une action considérable. En rapportant ces chiffres au poids du corps (1/1500), on trouve que la proportion qui n'a pas d'action visible sur le cobaye suffit pour produire chez l'homme une action énergique.

Pour connaître les symptômes produits par une injection de 0,25 de centim. cube chez l'homme, je me suis fait une injection au bras ; voici ce que j'ai observé : trois à quatre heures après l'injection, tiraillement dans les membres, disposition à tousser, dyspnée, symptômes qui augmentaient rapidement ; dans la cinquième heure frisson très violent, durant presque une heure ; en même temps nausées, vomissements, élévation de température jusqu'à 39°6 ; au bout de douze heures, ralentissement de tous les symptômes ; le lendemain, la température était normale. Pendant quelques jours, je ressentis une lourdeur et une lassitude dans les membres et il y avait aussi une rougeur autour du point d'injection qui était un peu douloureux.

Chez l'homme sain, la dose minima qui puisse agir est, d'après nos observations, d'environ 1 cent. cube de la solution obtenue en diluant le liquide originaire au centième (soit 1 millimètre cube du liquide originaire). A cette dose seulement des individus éprouvent de légères douleurs dans les membres et une lassitude passagère. Quelques-uns ont présenté, en outre, après l'application de cette dose, une élévation de la température à 38° et un peu au delà.

A côté de la grande différence d'action du remède chez l'homme, d'une part, et chez le cobaye, d'autre part, il y a, par contre, sur quelques points relatifs à l'action produite, une assez grande analogie entre ce qui se passe chez l'homme et chez l'animal.

La plus importante de ses qualités est l'action spécifique de ce remède sur les processus tuberculeux, de quelque genre qu'ils soient.

Je laisse de côté les expériences sur le cobaye, et je vais décrire la réaction très étrange de l'homme tuberculeux à l'égard de ce liquide.

Nous avons vu que l'homme indemne ne réagit nullement ou presque pas à la dose de 1 centimètre cube. Le même fait a été observé sur les hommes malades, à la condition que ceux-ci n'eussent pas été atteints de tuberculose. *Mais dès que vous injectez à un homme tuberculeux 1 centigramme de ce liquide, vous obtenez une réaction énergique, tant générale que locale.* La dose est, pour les enfants de 3 à 5 ans : 0,001 (le dixième de la dose de l'adulte) ; chez des enfants très affaiblis et chétifs, nous avons obtenu, par la dose de 0,0005, une réaction énergique, mais sans danger pour la vie des petits malades.

La *réaction générale* débute par un accès de fièvre, qui, commençant dans la plupart des cas par un frisson, élève la température au-dessus de 39°, même de 40° et 41° ; en même temps on observe : excitation à

tousser; douleurs dans les membres, grande lassitude, plus souvent nausées et vomissements. Chez quelques-uns nous avons constaté un léger ictère, et chez quelques autres un exanthème au cou et à la poitrine ressemblant à celui de la rougeole. L'accès commence quatre à cinq heures après l'injection et dure douze à quinze heures. Dans des cas exceptionnels, nous avons vu se manifester l'ensemble de ces symptômes plus tard, et chez ces malades l'accès était moins intense. Les malades sont légèrement fatigués par l'accès et, lorsque celui-ci est terminé, ils déclarent généralement se sentir mieux qu'avant le processus.

La *réaction locale* s'observe le plus nettement chez les tuberculeux, dont l'affection tuberculeuse est visible, c'est-à-dire chez les malades atteints de lupus tuberculeux. Chez ces malades, le remède produit des altérations qui nous font connaître, d'une manière surprenante, l'action spécifique antituberculeuse de ce moyen. Quelques heures après l'injection faite sous la peau dorsale, c'est-à-dire à un point bien éloigné des parties atteintes, les régions lupeuses commencent — d'ordinaire même avant la manifestation du frisson — à gonfler et à rougir.

Pendant la fièvre, le gonflement et la rougeur augmentent de plus en plus et cet état arrive même au point que le tissu lupeux présente çà et là une couleur brun rouge et devient nécrosique. Si les foyers lupeux sont plus limités, on voit que la région, fortement tuméfiée et d'un brun rouge, est entourée d'une auréole blanchâtre d'une largeur de près d'un centimètre, qui à son tour est entourée d'une zone rouge vif. Après l'abaissement de la température, la tuméfaction des régions lupeuses diminue peu à peu, de telle sorte qu'elle peut avoir disparu au bout de deux ou trois jours. Les foyers lupeux eux-mêmes sont couverts de croûtes formées d'un sérum s'écoulant en gouttes et se séchant à l'air ; elles se transforment en eschares qui se détachent spontanément au bout de deux à trois semaines et présentent, parfois déjà après une seule injection du liquide, une cicatrice lisse et rouge. En général, il faut cependant plusieurs injections pour obtenir ce résultat. Un point à noter, c'est que dans ce processus les altérations décrites sont exclusivement limitées aux régions atteintes de lupus ; les plus petites nodosités, presque invisibles et cachées dans le tissu cicatriciel, prennent même part à ce processus et deviennent visibles par suite du gonflement et du changement de couleur, tandis que le tissu cicatriciel proprement dit, dans lequel les processus lupeux se sont terminés, ne subit aucun changement.

L'observation d'un malade atteint de lupus tuberculeux et traité par ce liquide est tellement instructive et convaincante, que je conseille à celui qui veut se rendre compte de l'action de ce liquide de commencer par le traitement d'un lupus tuberculeux.

Les réactions locales dans les cas de tuberculose des ganglions lymphathiques, des os et des articulations, etc., sont moins frappantes, mais toujours encore perceptibles à l'œil et au toucher. On observe dans ces cas une tuméfaction, une augmention de la douleur et, si les parties atteintes sont situées à la surface, on constate aussi de la rougeur.

Pour le moment, la réaction qui se fait dans les organes internes après l'injection échappe à notre observation, à moins qu'on ne veuille rapporter à une réaction locale l'augmentation de la toux et des crachats des tuberculeux que l'on vient d'injecter pour les premières fois. Il faut admettre pourtant aussi que chez ces malades il se passe des modifications analogues à celles qu'on observe directement chez les lupeux. On a observé les phénomènes de réaction dans tous les cas, chez tous les malades tuberculeux auxquels nous avons fait des injections ; *il n'y a pas un seul cas où le liquide en question n'ait manifesté son action toujours identique* (1). Voilà pourquoi je crois pouvoir dire *que, pour l'avenir, ces injections nous serviront comme un moyen précieux pour le diagnostic.*

A l'aide de ce liquide, on pourra diagnostiquer la présence de la tuberculose même dans les cas où l'on n'aura pas réussi à trouver des bacilles ou des fibres élastiques dans les expectorations et où l'on n'aura pas non plus réussi à diagnostiquer la tuberculose par l'exploration physique. Les affections tuberculeuses des glandes, la tuberculose latente des os, une tuberculose douteuse de la peau, etc., seront facilement reconnues comme processus de la tuberculose vraie.

Dans les cas de tuberculose des poumons et des articulations, où le processus pathologique semble être éteint, l'injection permettra de s'assurer si réellement l'extinction du processus est complète, ou s'il existe encore quelques foyers, pouvant un jour donner lieu à une nouvelle évolution de la maladie, tout comme l'étincelle cachée sous des cendres trompeuses peut se rallumer à tout moment et développer une nouvelle flamme.

Mais l'importance de l'action du liquide comme *remède*, comme ageut curatif, est beaucoup plus grande que celle qui se rapporte à la question du diagnostic.

J'ai dit plus haut que le tissu lupeux, après la diminution de la tuméfaction et de la rougeur consécutives à l'injection, ne revient pas à son état antérieur ; au contraire, le tissu lupeux est plus ou moins détruit et disparaît. Parfois, ce processus se déroule de manière que le tissu atteint se mortifie immédiatement après une seule injection et se détache ultérieurement comme un tissu mort. Chez d'autres malades, il semble qu'il y ait plutôt une sorte d'atrophie ou de fonte du tissu, qu'il s'agisse d'un processus qui, pour aboutir à une guérison, paraît avoir besoin de l'influence répétée de l'action du liquide. Je ne puis dire exactement aujourd'hui de quelle manière se font ces processus, les examens histologiques nécessaires faisant encore défaut. Mais ce qui est constaté, c'est qu'il ne s'agit pas d'une destruction des bacilles des tubercules contenus dans les tissus ; seul, le tissu qui contient les bacilles des tubercules est atteint par l'action du liquide. Dans ce tissu on voit une tuméfaction et une rougeur considérables, c'est-à-dire des altérations notables de la circulation, d'où dépendent sans doute des modifications altérant profondément la nutrition, de sorte que le tissu doit se mortifier. Cette mortification se fera plus ou moins rapidement et profondément suivant la façon dont l'action du liquide est utilisée.

Le liquide, je le répète, ne tue donc pas les bacilles des tubercules, mais le tissu tuberculeux, ce qui fait voir sa limite d'action. Il ne peut agir que sur le tissu tuberculeux vivant ; il n'agit point du tout par exemple sur des masses caséeuses déjà mortifiées, des os nécrosés, etc. ; il n'agit pas non plus sur le tissu mortifié par l'action du liquide lui-même. Il se peut bien qu'il y ait encore dans ces masses de tissu mortifié des bacilles des tubercules vivants, qui, ou bien sont expulsés avec le tissu nécrosé, ou bien peuvent pénétrer sous des conditions particulières dans le tissu avoisinant vivant.

Il faut faire bien attention à cette qualité du remède, quand on veut mettre à profit toute son action pour la guérison. Il faut donc d'abord nécroser le tissu tuberculeux encore vivant, puis tâcher, avec la plus grande énergie, d'éliminer le tissu nécrosé, l'extirper même au besoin. Dans le cas où l'extirpation n'est pas applicable et où l'activité seule de l'organisme ne peut effectuer qu'une expulsion lente, il faut continuer l'application du liquide pour garantir le tissu vivant compromis d'une réimmigration des parasites.

Le fait que le liquide mortifie le tissu tuberculeux et n'agit que sur le tissu vivant nous explique encore une qualité bien particulière de cet agent : c'est que

(1) Il paraît, d'après la *Semaine médicale*, du 26 novembre, que le Dr Dicksen, médecin militaire, a rapporté *un cas où un malade, dont les crachats contenaient de nombreux bacilles, n'a eu, malgré tout ce qu'on a pu faire, aucune réaction*. La même solution a produit pourtant chez d'autres malades ses effets habituels. C'est déjà une exception à la loi de Koch. (Note de la rédaction).

l'on peut en injecter des doses rapidement croissantes. On pourrait de prime abord attribuer cela à l'accoutumance ; mais cette idée est réfutée par ce fait que l'on peut augmenter la dose dans le courant de trois semaines environ jusqu'à cinq cents fois la première dose ; ceci ne peut plus être considéré comme l'effet de l'habitude, car une telle adaptation rapide des malades à un médicament est sans exemple (1).

Il faut dire plutôt qu'au commencement il y a eu une grande quantité de tissu tuberculeux vivant, et que, par conséquent, une petite dose de la substance active a suffi pour produire une réaction énergique ; or, comme par chaque injection on fait une certaine quantité du tissu capable de réaction, il faut, au fur et à mesure, des doses de plus en plus grandes pour obtenir le même degré de réaction que précédemment. Toutefois j'accorde que le malade prend, en effet, jusqu'à un certain point, l'habitude du remède.

A partir du moment où le tuberculeux, traité par des doses de plus en plus croissantes, ne manifeste qu'une réaction aussi faible que celle qu'on observe chez l'homme sain après l'injection, on peut admettre que tout tissu tuberculeux susceptible de réaction a cessé de vivre.

En conséquence, pour que le malade, tant qu'il y a encore des bacilles dans l'organisme, soit à l'abri d'une nouvelle infection, il faut continuer le traitement ; mais alors il faut employer des doses lentement croissantes et établir des interruptions dans le traitement.

L'avenir nous démontrera si cette idée et les conclusions que j'en tire sont justes. A l'heure actuelle, j'ai fait mes expériences sur cette base. Nous avons procédé de la manière suivante :

Presque chez tous les lupeux, nous avons injecté la dose entière de 1 centigramme, nous avons laissé passer la réaction, et au bout de une à deux semaines, nous avons injecté de nouveau 1 centigramme, et nous avons continué de cette manière jusqu'à ce que la réaction soit devenue de plus en plus faible, pour cesser enfin complètement. Ainsi, chez deux malades atteints de lupus tuberculeux de la face, les régions lupeuses se sont couvertes de cicatrices lisses après trois ou quatre injections ; l'état des autres lupeux s'est amélioré de la même manière au fur et à mesure de la durée de leur traitement. Tous ces malades étaient atteints de lupus depuis bien des années, et l'affection avait été rebelle jusqu'ici à un grand nombre de méthodes de traitement auxquelles chacun d'eux avait été déjà soumis.

Nous avons traité de la même manière des cas de tuberculose des ganglions, des os, des articulations. Le succès obtenu a été le même que chez les lupeux ; amélioration rapide dans les cas récents et légers, amélioration lente dans les cas graves.

Chez la plupart des tuberculeux les conditions se présentent un peu différemment. Il faut dire d'abord que les malades atteints de tuberculose pulmonaire prononcée sont beaucoup plus sensibles à l'égard du liquide que les malades atteints d'affections tuberculeuses chirurgicales. Nous avons constaté bientôt que la dose d'un centim. cube était trop forte pour les phthisiques et nous avons obtenu chez ceux-ci une réaction énergique après l'injection de deux millim. cubes et même de un millim. cube du liquide. Mais, en débutant par cette dose minima, on peut bientôt augmenter rapidement la dose, et, au bout de peu de temps, les phthisiques supportent les mêmes doses que les autres malades.

Généralement nous injections à un phthisique, pour la première fois, un millim. cube et, si l'injection était suivie d'élévation de la température, nous injections chaque jour la même quantité, jusqu'à ce qu'il ne se produisît plus de réaction. A ce moment seulement, nous injections deux millim. cubes jusqu'à ce que cette injection ne fût plus suivie de réaction, et ainsi de suite, en augmentant chaque jour la dose d'un millim. cube ; nous sommes arrivés ainsi à des doses d'un centim. cube et plus. A mon avis, ce procédé doit donc être suivi chez les malades qui ont peu de forces, car il permet d'administrer aux malades les doses nécessaires, presque sans fièvre.

Quelques phthisiques, dont les forces étaient encore assez bonnes, ont été traités soit à l'aide de doses immédiatement élevées, soit à l'aide de doses rapidement croissantes, et il m'a semblé que le résultat favorable se faisait sentir d'autant plus vite. L'action du liquide chez les phthisiques était telle que les quintes de toux et les expectorations, après avoir d'habitude augmenté d'abord quelque peu à la suite des premières injections, allaient ensuite en diminuant à l'ordinaire ; puis ces symptômes décroissaient de plus en plus pour disparaître enfin complètement, au moins dans les cas où la marche fut la plus favorable ; en même temps, les expectorations, jusqu'ici purulentes, devinrent muqueuses.

Le nombre des bacilles ne commençait généralement à baisser que quand l'expectoration avait pris un aspect muqueux (il faut noter ici que l'on n'a choisi pour ces expériences que des malades présentent des bacilles dans leurs crachats). Les bacilles, alors, disparaissaient complètement pour un temps, mais se retrouvaient de nouveau de temps à autre, jusqu'à ce que l'expectoration cessât entièrement. En même temps les sueurs nocturnes se supprimaient, l'aspect général s'améliorait, et le poids des malades augmentait.

Les malades traités dans le stade initial de la phthisie furent tous délivrés, en l'espace de quatre à six semaines, de la totalité des symptômes de leur maladie, de sorte qu'on put les considérer comme guéris. Des malades, porteurs de cavernes dont les dimensions n'étaient pas trop grandes, ont été aussi considérablement améliorés et à peu près guéris. C'est seulement chez des phthisiques dont les poumons contenaient des cavernes nombreuses et vastes que, en dépit d'une diminution encore manifeste des crachats accompagnée d'un amendement des phénomènes subjectifs, aucune amélioration objective ne fut constatée. A la suite de ces expériences, je suis disposé à admettre QU'UNE PHTHISIE COMMENÇANTE PEUT ÊTRE GUÉRIE D'UNE MANIÈRE CERTAINE A L'AIDE DE CE REMÈDE (1). Cette conclusion s'applique encore, mais en partie seulement, aux cas dans lesquels l'affection n'est pas trop avancée déjà.

Mais les phthisiques qui portent de grandes cavernes et chez lesquels il existe, la plupart du temps, des complications (telles que la pénétration dans les cavernes de divers microbes susceptibles de produire la suppuration, ou la formation dans d'autres organes d'altérations pathologiques qu'on ne peut enlever, etc.), ne retireront guère qu'exceptionnellement un bénéfice durable de l'emploi de ce remède. Cependant les malades de cette catégorie furent aussi améliorés passagèrement dans la plupart des cas. On doit en conclure que, chez eux aussi, le processus morbide originel, la tuberculose, a été influencée par le remède de la même manière que chez les autres malades et que, d'habitude, il manque seulement en pareil cas la possibilité d'éliminer les masses de tissus nécrosés à côté des processus de suppuration secondaires. Involontairement on est amené ainsi à se demander si l'on ne devrait pas porter encore une assis-...

(1) Cet argument de Koch n'est pas irréfutable. (Note de la rédaction).

(1) Au sujet de cette déclaration, il faut néanmoins faire encore quelque réserve, attendu qu'actuellement il n'y a pas et il ne peut pas y avoir encore d'expériences décisives permettant de savoir si la guérison est définitive. Il va de soi qu'on ne saurait exclure encore à présent la possibilité d'une récidive. On peut fort bien admettre, toutefois, qu'on viendrait à bout des récidives aussi aisément et aussi rapidement que de la première atteinte.

Il se pourrait aussi, d'autre part, que les individus une fois guéris aient acquis une immunité durable, analogue à celle qui s'observe à l'occasion d'autres maladies infectieuses. C'est là également une question qui doit demeurer encore ouverte.

(*Note de Koch.*)

tance utile à quelques-uns de ces malades si gravement atteints, en combinant le nouveau traitement avec quelque intervention chirurgicale (dans le genre de l'empyème, par exemple), ou avec d'autres facteurs curatifs. Ce que je voudrais surtout déconseiller formellement, c'est l'application de ce remède tentée, en quelque sorte, d'une manière schématique et sans distinction, chez tous les tuberculeux.

L'indication la plus simple à formuler consiste dans l'application de ce traitement dans les cas de phthisie commençante et d'affections chirurgicales simples ; mais, pour toutes les autres formes de la tuberculose, le jugement du médecin reprend forcément tous ses droits, car il est indispensable ici d'individualiser soigneusement et de mettre en même temps en œuvre tous les autres modes d'assistance susceptibles de fournir un appui à l'action du nouveau traitement.

Dans bien des cas, j'ai eu cette impression très nette que la façon dont les soins sont donnés aux malades exerce sur l'action curative une influence qui est bien loin d'être sans importance ; aussi je préférerais aux traitements à domicile ou dans les établissements ambulants l'application de la cure nouvelle dans des établissements appropriés, où l'on pourra mieux assurer l'observation minutieuse des malades et les soins les plus rationnels. On ne saurait encore déterminer, en ce moment, dans quelle mesure il sera avantageux de combiner avec la méthode nouvelle l'application des procédés de traitement reconnus utiles jusqu'à ce jour, tels que l'usage des climats de montagne, de la cure à l'air libre, des modes spéciaux d'alimentation, etc. ; mais je crois que ces divers facteurs de la cure, joints à l'emploi du traitement nouveau, seront, eux aussi, d'une utilité très grande dans un très grand nombre de cas, notamment dans les cas jusque-là négligés et graves, ainsi que dans le stade de convalescence (1).

Le point capital du nouveau mode de traitement réside, comme je l'ai dit déjà, dans son application aussi précoce que possible. La période initiale de la phthisie représente le véritable objectif du traitement, parce que c'est à l'égard de celle-ci qu'il peut exercer son action intégralement. Aussi ne saurait-on insister suffisamment sur la nécessité qui s'impose aux praticiens, désormais plus encore que jusqu'à présent, d'établir le diagnostic de la phthisie d'aussi bonne heure que possible. Jusqu'ici la recherche des bacilles dans les crachats était restée considérée comme un examen d'intérêt secondaire, assurant il est vrai le diagnostic, mais sans autre utilité pour le malade et par suite trop souvent omis, ainsi que j'ai pu m'en convaincre en ces derniers temps chez un grand nombre de phthisiques qui avaient passé entre les mains de plusieurs médecins, sans que leur expectoration eût été l'objet d'un seul examen.

Il en doit être autrement dans l'avenir. Tout médecin qui néglige d'établir, à l'aide de tous les moyens qui sont offerts et notamment à l'aide de l'examen des crachats suspects, le diagnostic aussi précoce que possible de la phthisie, se rend coupable d'une faute professionnelle grave envers son malade, parce que de ce diagnostic et de la précocité du traitement spécifique consécutivement institué peut dépendre cette vie humaine. Dans les cas douteux, le médecin devrait, à l'aide d'une injection d'essai, acquérir une certitude à l'égard de l'existence ou de l'absence d'une tuberculose.

Le procédé nouveau ne constituera un réel bienfait pour l'humanité souffrante que le jour où il aura rendu possible d'instituer en temps opportun le traitement de tous les cas de tuberculose, et où il aura permis de ne plus laisser se développer ces formes négligées et graves, qui ont entretenu jusqu'à présent une source inépuisable d'infections sans cesse renouvelées.

En terminant, je désire faire observer que je me suis abstenu intentionnellement dans cette communication de toute donnée statistique et de toute description des cas particuliers, parce que les médecins dans les services desquels se trouvaient les malades soumis à nos expériences comptent fournir eux-mêmes les observations des divers cas, et que je ne veux rien relater à l'avance de ce qui se rapporte à leurs observations présentées sous une forme aussi objective que possible. »

(1) En ce qui concerne la tuberculose de l'encéphale ou du larynx et la tuberculose miliaire, nous avons eu à notre disposition un matériel trop restreint pour nous permettre de grouper à cet égard un nombre d'expériences suffisant (Note de Koch).

— A la nouvelle de la communication de Koch, la presse politique ne s'est pas moins émue que la presse médicale, malheureusement ; car cette question de la guérison de la tuberculose intéresse tant de millions d'hommes — je dis que malheureusement les journaux d'information se sont emparés de la nouvelle avec la furia et l'incompétence ordinaires.

Les réserves formulées par l'inventeur lui-même ont disparu dans le concert d'éloges des premiers jours, et les tuberculeux d'affluer à Berlin où il n'existe pas assez de médicament préparé pour traiter tant de gens ; on peut concevoir quelles angoisses doivent être celles de ces pauvres malades qui tous pensent devoir être guéris et dont cependant la plupart ne devront pas l'être.

Car, à examiner les choses froidement, et pour autant que le permettent les renseignements sérieux émanés des correspondants de nos journaux médicaux envoyés à Berlin, comme le Dr A. Rémond (de Metz), les succès obtenus par Koch sont presque tous relatifs à la tuberculose chirurgicale, cutanée, ganglionnaire et osseuse ; quelques-uns seulement ont trait à la tuberculose du larynx et à celle du poumon.

C'est le lupus qui a fait les principaux frais des séances de démonstration dont le récit nous a été envoyé. Il semble que l'action du remède de Koch soit : 1° d'élever considérablement et rapidement la température du malade ; 2° de produire une fluxion sanguine considérable dans les tissus qui contiennent des tubercules, et la fluxion est telle que les parties tuberculisées se sphacèlent. Autour de la zone congestionnée, violacée, turgescente se dessine pendant l'action médicamenteuse une bande blanche d'anémie cutanée, comme une sorte de sillon d'élimination.

Le professeur Bergmann a insisté sur les particularités suivantes : l'action pyrétogénique de la lymphe de Koch, qui lui paraît chose absolument nouvelle (pourtant M. Roussy a montré l'année dernière que l'on pouvait obtenir des accès de fièvre chez les animaux par l'injection sous-cutanée d'extrait de levure) — le parti qu'on peut tirer du remède de Koch au seul point de vue du diagnostic, puisque la réaction congestive ne se manifeste, après l'injection sous-cutanée, que dans les tissus où existent des tubercules ; ainsi, dans un cas douteux, un épithélioma sera différencié aisément d'une tuberculose buccale.

Les symptômes généraux qui accompagnent l'hyperthermie consécutive à l'injection paraissent être très pénibles : vomissements, douleurs dans la poitrine, accablement voisin du coma, et même coma complet de plusieurs heures dans un cas.

Dans les tuberculoses chirurgicales osseuses et articulaires, Bergmann et Lévy, un des médecins qui ont expérimenté la méthode en public

ces derniers jours, reconnaissent que la chirurgie ne sera pas réduite à l'abstention par la nouvelle découverte. Le chirurgien devra enlever les parties nécrosées produites par le processus de réaction, remplacer des parties détruites, corriger des cicatrices gênantes.

Mais, pour en revenir à la tuberculose pulmonaire, celle qui, en somme, nous intéresse nous médecins, qu'y a-t-il d'acquis ? — Malheureusement peu de chose. Les malades, après avoir expectoré plus abondamment pendant quelques jours, voient leur expectoration diminuer, les sueurs cesser, l'appétit renaître. Rien de très précis ne nous est dit relativement à la modification des signes stéthoscopiques.

Un fait acquis, c'est que *les bacilles ne perdent pas leur virulence;* ils sont cependant un peu modifiés morphologiquement, plus courts, plus grêles, avec des formes d'involution, qui ne fixent plus bien les matières colorantes. Il ne semble pas qu'ils aient disparu définitivement jamais, d'après les observations publiées.

Mais il est naturel de se demander quel peut être l'effet de l'énorme turgescence fluxionnaire dans le poumon tuberculeux. N'y a-t-il pas lieu de craindre une asphyxie par congestion, un œdème pulmonaire, quand il ne s'agit pas d'une lésion strictement limitée ? Et comment va s'éliminer la fraction de parenchyme pulmonaire tuberculeux mortifiée par le processus de réaction. Le Dr A. Rémond signalait, l'autre jour, deux décès survenus brusquement à la suite du traitement chez des phthisiques à cavernes étendues.

Nous lisons aujourd'hui que Fraentzel a fait deux autopsies dans lesquelles on n'a constaté aucune tendance à la guérison. Le directeur des autopsies à la Charité de Berlin s'est plaint officiellement qu'*on n'ait pas prévenu le service des autopsies* de la mort des malades traités par la méthode de Koch ; les pièces de ces tuberculeux qui présentaient un si grand intérêt ont été ainsi perdues.

Bref, jusqu'à nouvel ordre, il faut attendre, avant de porter un jugement, des renseignements plus complets.

Dans le *Bulletin médical* du 23 novembre, un bactériologiste anonyme a émis d'ingénieuses hypothèses sur la nature de la lymphe de Koch. Après avoir montré que ce ne peut être une des nombreuses substances antiseptiques essayées par Behring, élève de Koch, comme les sels d'or, notamment le cyanure dont on avait parlé, l'anonyme dit : « On sait que les germes, causes de nos maladies, fabriquent dans les milieux où ils se développent des substances chimiques, que l'on désigne sous le nom générique, et d'ailleurs vague, de toxines ; ces substances sont des alcaloïdes, des albumines, des ammoniaques, etc. Pour le médecin, leurs propriétés sont peut-être plus intéressantes que leur nature. Quelles sont donc ces propriétés ?

Si on détruit les microbes d'une culture par la chaleur, ou, si on se débarrasse de ces microbes, en filtrant cette culture sur porcelaine, on obtient, au moins dans certains cas, un liquide dont l'injection provoque des effets utiles ou nuisibles.

Les effets utiles consistent dans la création de l'immunité vis-à-vis du microbe contenu dans la culture en expérience ; l'animal qui a reçu ce liquide, véritable sécrétion bactérienne, devient résistant au virus. Les effets nuisibles se traduisent par des accidents divers ; fièvre, diarrhée, convulsions, etc.

La découverte des effets utiles a permis d'espérer que l'on trouverait dans ces cultures des substances capables de guérir les maladies, puisqu'on en trouvait qui étaient capables de les prévenir. Jusqu'à présent, les résultats obtenus dans ce sens sont médiocres. Cependant Woodhead et Cartwright Wood prétendent avoir combattu, arrêté le charbon, en injectant les toxines du bacille du pus bleu, autrement dit les matières auxquelles ce bacille donne naissance. Il est vrai qu'il s'agit de la guérison d'une infection grâce aux principes fournis par l'agent d'une autre infection.

Guidé par ces notions, on devait forcément supposer que Koch se servait d'une toxine, et, dans l'espèce, probablement de celle du bacille de la tuberculose. Plusieurs motifs sont à invoquer en faveur de cette hypothèse :

1° La lymphe, comme on l'appelle, est, sans aucune action si on l'introduit par le tube digestif ; or, il en est de même des toxines du vibrion de Metchnikoff, du bacille pyocyanique, du bacille du tétanos, etc.

2° Cette « lymphe », inoculée, donne lieu à des phénomènes salutaires, mais aussi à des phénomènes toxiques ; or, l'on sait combien il est difficile de séparer, dans les produits solubles fabriqués par les bacilles, l'utile du nuisible, d'autant plus que le produit nuisible l'emporte souvent sur le produit utile. Tel bacille, celui de la diphtérie, par exemple, engendre plutôt le produit nuisible que le produit utile.

3° La lymphe possède des propriétés vaso-motrices manifestes ; après son administration, le lupus se tuméfie, rougit ; le poumon s'œdématie. Précisément MM. Bouchard, Gley et Charrin viennent d'établir que certaines toxines actionnaient le système vaso-moteur. A côté des actions dilatatrices existent les actions constrictives.

4° On dit que la lymphe fait défaut, que sa fabrication en abondance demande du temps. Cela porte à penser que c'est le bacille qui lui donne naissance. En effet, le rendement des cultures en toxines évaluées au poids est ordinairement très faible, quoique variable suivant les ferments et les milieux ; de plus, ce rendement est subordonné à la facilité, à la richesse de la culture ; or personne n'ignore que la culture de la tuberculose *humaine* est ordinairement maigre, chétive, difficile.

Telles sont quelques-unes seulement des probabilités qui portent à penser, sans pouvoir rien affirmer, que la lymphe de Koch est un produit soluble microbien, peut-être celui du bacille tuberculeux, mais non pas certainement toxine à laquelle il ajoute peut-être quelqu'autre chose pour rendre le produit plus stable.

En résumé, la seule chose qu'on puisse dire actuellement, c'est que la découverte de Koch, d'un extrême intérêt au point de vue de la biologie et de la thérapeutique générale, peut certainement rendre de grands services dans le diagnostic de la tuberculose précoce ou douteuse, devenir un agent capital mais non exclusif, ni suffisant du traitement dans les tuberculoses externes ou chirurgicalement accessibles, mais qu'au point de vue de la tuberculose pulmonaire, des autres tuberculoses viscérales et de la tuberculose généralisée

aux grandes séreuses (tuberculose miliaire aiguë) la méthode de Koch ne parait pas jusqu'à plus ample informé devoir donner tous les résultats qu'espère l'inventeur, dont il faut d'ailleurs admirer la puissance d'investigation, l'ingéniosité et la persévérance.

P. LE GENDRE.

QUINZAINE MÉDICALE

Péritonite à pneumocoques.

M. *Galliard*, médecin des hôpitaux de Paris, a observé un cas de péritonite purulente causée par des pneumocoques. Le pus s'était collecté en trois foyers distincts : un épiploïque, ou pré-épiploïque, un périsplénique et un sus-hépatique. Le premier, le plus considérable, était limité en arrière par le grand épiploon, dont l'extrémité inférieure avait contracté des adhérences avec les organes du bassin, de façon à former, derrière la paroi abdominale, une vaste poche où le pus s'était collecté. Il n'y avait pas de pus en arrière du grand épiploon. Ce premier foyer avait été évacué par la laparotomie. Les deux autres ne furent reconnus qu'à l'autopsie.

Le pus, examiné par M. Netter, contenait des pneumocoques.

L'autopsie permit aussi de se rendre compte des complications survenues au cours de l'affection : on trouva une double pleurésie séreuse, peu abondante, sans tubercules pleuraux. Du côté du poumon, congestion aux bases avec deux ou trois noyaux de broncho-pneumonie. Péricardite séreuse ; cœur mou, flasque, pas d'endocardite. Rien au pancréas, ni aux reins, ni dans le parenchyme splénique. Dégénérescence graisseuse du foie. Nulle part de tubercules. Le pus ne contenait que le pneumocoque. La porte d'entrée du micro-organisme échappe complètement.

La terminaison fut fatale malgré l'intervention chirurgicale. Celle-ci ne doit pas cependant être regrettée. La laparotomie aurait même dû être pratiquée plus tôt et plus largement, de façon à atteindre les foyers péri-splénique et sus-hépatique.

Myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne.

M. *Merklen* avait dans son service une femme atteinte de myxœdème, chez laquelle la greffe thyroïdienne a amené une amélioration notable.

On sait que l'absence ou la disparition morbide et chirurgicale du corps thyroïde produit le myxœdème sous une quelconque de ses formes (cachexie pachydermique de Charcot, myxœdème opératoire de Reverdin ou cachexie strumiprive de Kocher ; idiotie avec cachexie pachydermique de Bourneville et Bricon).

Chez les animaux, la thyroïdectomie produit des phénomènes semblables à ceux du myxœdème. Mais les résultats satisfaisants que donnèrent les essais de greffe thyroïdienne furent le point de départ de recherches nombreuses sur le rôle du corps thyroïde, et parmi celles-ci il faut citer au premier rang les expériences de Schiff pour établir le rôle hématopoïétique de l'organe.

De plus, Horsley a démontré que la thyroïdectomie amenait, chez le singe, l'anémie et la leucocytose avec diminution de la pression artérielle. Albertoni et Tizzoni, de leur côté, avaient trouvé une diminution considérable de l'oxygène du sang des animaux après la thyroïdectomie ; d'où cette conclusion que le rôle du corps thyroïde est de communiquer à l'hémoglobine la faculté de fixer l'oxygène.

La greffe thyroïdienne fut tentée chez l'homme. MM. Bettencourt et Serrano, au dernier congrès de Limoges, communiquèrent un cas de myxœdème de l'adulte traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde du mouton, dans lequel l'amélioration fut immédiate. En même temps que la température se relevait, que les globules rouges augmentaient de nombre, on voyait diminuer l'infiltration myxœdémateuse et la menstruation se régulariser.

D'autres tentatives avaient été faites, avec plus ou moins de succès, dans les autres formes du myxœdème, entre autres dans la cachexie pachydermique avec idiotie.

Tous ces faits ont amené M. Merklen à faire pratiquer chez sa malade la greffe thyroïdienne.

Cette malade est presque une naine ; elle n'a que 1 m. 27 de taille ; elle n'est cependant pas atteinte, comme on pourrait le croire, de la forme du myxœdème appelée idiotie avec cachexie pachydermique. En effet, son intelligence est suffisante, sa fontanelle antérieure est fermée, la menstruation s'est établie dans les conditions habituelles et a été, au début, tout à fait normale ; enfin, son myxœdème ne s'est caractérisé que vers l'âge de trente ans. Chez elle, le fait dominant de l'affection est l'ancienneté et la fréquence des métrorrhagies ; celle-ci ont commencé dix ans avant le myxœdème ; elles duraient quelquefois pendant plusieurs mois consécutifs ; il y avait en outre quelquefois des épistaxis et les gencives saignaient facilement. Ces hémorrhagies entraînaient régulièrement une augmentation des symptômes du myxœdème, qui, lorsqu'elles cessaient, s'amendaient au contraire légèrement.

Quand elle entra dans le service de M. Merklen, la malade perdait du sang depuis plusieurs mois, et, malgré les traitements toniques et hémostatiques les plus divers, les métrorrhagies durèrent, presque sans interruption, du 16 avril jusqu'au 6 septembre.

Le 3 septembre, M. Walther, chirurgien des hôpitaux, pratiqua la greffe thyroïdienne. Celle-ci fut faite dans la région sous-mammaire droite avec un des lobes de la glande thyroïde d'un mouton, prise chez l'animal vivant au moment même de l'opération ; on ne se servit pas d'antiseptiques, mais l'opération fut pratiquée avec une asepsie parfaite, et ses suites furent simples ; la réunion de la plaie se fit par première intention.

Trois jours après, les métrorrhagies s'arrêtaient ; elles ne se sont pas reproduites depuis ; or, l'opération remonte déjà à soixante-douze jours. De là une amélioration remarquable de l'état général : la bouffissure de la face a diminué, les masses pseudo-lipomateuses des régions sus-claviculaires se sont affaissées, l'infiltration des régions mammaires a presque disparu. Du côté des troubles fonctionnels, l'amélioration est encore plus marquée : la parole, qui était traînante et embarrassée, est devenue nette et la malade marche assez facilement et assez vite.

Il faut bien dire qu'une semblable amélioration

se produisait toutes les fois que les métrorrhagies s'arrêtaient pour plusieurs mois ; or, c'est justement ce résultat qu'a amené le traitement, de même, d'ailleurs, que dans le cas de MM. Bettencourt et Serrano.

Le rôle important que joue le corps thyroïde dans l'hématopoïèse, et que les expériences de Schiff, de Horsley, d'Albertoni ont démontré, explique à la fois l'anémie, les métrorrhagies du myxœdème avec atrophie de la glande thyroïde, et aussi le bénéfice que l'on retire de la greffe thyroïdienne. Chez la malade de M. Merklen, le nombre des globules rouges, qui était de 2.235.000 avant l'opération, s'est élevé à 3.103.000 après l'opération ; le pouvoir d'oxydation a considérablement augmenté, et la quantité exagérée de fibrine a notablement diminué; de plus, la quantité quotidienne d'urée s'est élevée de 2 ou 3 grammes à 5 grammes.

On peut donc conclure que l'amélioration est réelle, et que ce résultat autoriserait à pratiquer une seconde greffe si les bons effets de la première ne persistaient pas.

Il est, en effet, une question encore non résolue : la glande thyroïde transplantée se résorbera-t-elle ou est-elle greffée dans le sens propre du mot ? Actuellement cette glande, que l'on sent rouler sous le doigt dans la région sous-mammaire, semble avoir un peu diminué de volume. Mais on ne peut encore dire qu'elle est en voie d'atrophie.

Paralysie faciale hystérique.

La question des paralysies faciales hystériques a été soulevée il y a quelque temps devant la Société médicale des hôpitaux. M. Chantemesse présenta trois malades, hystériques, chez lesquels la paralysie faciale était très nette.

M. *Gilbert Ballet* vient d'en présenter un cas semblable, qui, plus encore que ceux de M. Chantemesse, est capable de produire la conviction.

C'est un jeune homme qui a eu en 1887 sa première crise d'hystérie. La paralysie faciale est contemporaine de cette première crise. Au repos elle apparaît déjà, mais elle est surtout manifeste quand le malade veut faire agir les muscles qui sont sous la dépendance du facial inférieur. On retrouve en outre les caractères de ces paralysies de nature hystérique : elle est, en effet, *incomplète* et *extrêmement variable*, ce qui ne se produit jamais dans les paralysies organiques. Il y a aussi des troubles de la sensibilité de la peau de la face et des muqueuses du côté atteint, un peu de déviation de la langue, des troubles du goût.

Ce malade est alcoolique. Ne serait-ce donc point là un cas d'hystérie toxique ? M. Ballet ne le pense pas et fait, d'ailleurs, des réserves sur les paralysies de nature hystéro-toxique en général.

Tic spasmodique du voile du palais.

M. *Dieulafoy* a observé un malade, âgé de 42 ans, qui est atteint d'un tic spasmodique bien étrange du voile du palais, de la luette et des piliers. C'est une sorte de battement presque isochrone aux pulsations artérielles, quelquefois dédoublé, qui a commencé il y a deux ans. L'examen n'a pas fait découvrir la présence d'une tumeur anévrysmale. C'est un tic absolument analogue à celui de la paupière, au blépharospasme. Le malade se plaint seulement d'une certaine gêne occasionnée par les mouvements incessants de sa luette et de son voile, mais il peut sans difficulté déglutir et parler. Il n'est pas hystérique et l'on ne retrouve point d'hystérie dans ses antécédents héréditaires ; mais il a le tænia. Quelle que soit, du reste, la cause de ce tic, M. Dieulafoy dit qu'il n'en a jamais vu de semblable.

Phlegmon infectieux laryngo-pharyngé.

Senator a récemment décrit sous le nom de *phlegmon aigu infectieux du pharynx* une maladie aiguë, fébrile, débutant par un mal de gorge avec dysphagie, bientôt accompagné de phénomènes laryngés (enrouement et dyspnée), puis de troubles cérébraux, et se terminant rapidement par la mort. A l autopsie on trouva une infiltration purulente des couches profondes de la muqueuse pharyngée avec propagation du côté du larynx. La seule cause paraît être le refroidissement.

Diverses observations qui avaient été publiées sous le nom d'œdème aigu du larynx, de phlegmon primitif du larynx (Cruveilhier), de laryngite sous-muqueuse, doivent être rattachées à la maladie que décrit Senator, bien que l'on ne trouve pas signalée dans beaucoup d'entre elles la détermination pharyngée qui serait primitive et constante, d'après cet auteur.

M. Merklen vient de publier deux observations personnelles qui confirment la description de Senator. Voici le résumé de cette description :

Le plus souvent, début par simple mal de gorge; au bout de deux ou trois jours, dysphagie très pénible, phénomènes laryngés rapidement menaçants, raucité de la voix et de la toux, dyspnée, cornage et bientôt accès de suffocation. On porte le diagnostic d'œdème aigu de la glotte. Mais un examen plus approfondi fait remarquer que la gêne de la déglutition est aussi prononcée que celle de la respiration ; de plus, l'examen de la gorge montre simplement un peu de rougeur des piliers et des amygdales ; au laryngoscope, on ne voit aussi qu'une rougeur vive de l'épiglotte, des replis glosso-épiglottiques et du pharynx. En revanche, l'introduction du doigt révèle parfois de l'épaississement de l'épiglotte, toujours de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques. La partie supérieure du cou est tuméfiée, les ganglions engorgés ; la pression est extrêmement douloureuse, surtout au niveau du cartilage thyroïde.

La température est à 39° ou 40°, le pouls fréquent, les urines albumineuses, la rate hypertrophiée ; il y a du délire.

Les symptômes d'asphyxie s'accentuant de plus en plus, on fait la trachéotomie, mais cette opération ne remédie qu'à la dyspnée, nullement à la dysphagie et aux symptômes généraux. Parfois une expectoration purulente annonce l'ouverture de l'abcès, mais aucune amélioration ne s'en suit, et, généralement vers le 5e jour, la mort survient soit par asphyxie lente, soit, le plus souvent, par syncope comme dans les diphtéries infectieuses.

A l'autopsie on trouve de l'œdème de la glotte et une infiltration purulente de l'espace compris entre la face postérieure du larynx et la muqueuse pharyngée. A l'état normal, cette muqueuse est plissée en ce point, car elle n'adhère au plan

profond, formé par la face postérieure du larynx, que par un tissu cellulaire lâche. C'est dans ce tissu cellulaire que se développe le pus, qui n'est d'ailleurs que rarement collecté; le terme de phlegmon convient donc mieux que celui d'abcès; c'est un phlegmon pharyngo-laryngé.

En outre, c'est un phlegmon infectieux; l'état général, l'albuminurie, l'hypertrophie de la rate, le délire, la mort rapide ou subite le prouvent. L'examen bactériologique n'a pas encore permis de déterminer la nature de cette infection : Israël a cependant trouvé, dans un cas, le streptocoque dans le pus et dans la rate. Les complications viscérales confirment la nature infectieuse de la maladie. Les plus fréquentes sont la néphrite parenchymateuse, l'inflammation de la muqueuse gastrique, la bronchite, la congestion, l'œdème pulmonaire, quelquefois même l'hépatisation pneumonique.

Le diagnostic est assez facile grâce à la coexistence d'un œdème aigu de la glotte avec la dysphagie, la fièvre, l'albuminurie, le délire. On pourrait cependant confondre soit avec le croup d'emblée, soit avec l'érysipèle primitif du larynx.

Dans le croup d'emblée il n'y a pas de dysphagie et la douleur du cartilage thyroïde est bien moins vive. Dans quelques cas cependant le diagnostic est très difficile et ne peut être fait qu'au moment de l'apparition ou de l'expulsion de fausses membranes.

Dans l'érysipèle du larynx, il y a une tendance remarquable au déplacement, au gonflement érysipélateux, d'où une variabilité extrême de la dyspnée et de la dysphagie. De plus, la guérison est assez fréquente.

Peut-être y a-t-il identité de nature entre les deux affections, bien que l'érysipèle en général ne détermine pas de suppuration.

Le traitement a été jusqu'à présent inefficace. La trachéotomie n'est qu'une opération palliative qui retarde l'asphyxie. Elle permet cependant une action directe sur le larynx. Il faut soutenir l'état général et favoriser la sécrétion rénale (caféine, injection de grandes quantités de liquide par le rectum, etc.)

La discussion suivante s'est engagée à la Société des hôpitaux sur la communication de M. Merklen.

M. *Rendu* a autrefois observé un fait semblable à ceux de M. Merklen. L'autopsie révéla que la mort, qui était rapidement survenue une heure après la trachéotomie, était due non à un œdème aigu de la glotte, mais à une infiltration diffuse du pus sous la muqueuse pharyngée. Le pneumogastrique était entouré de pus infiltré et son altération consécutive avait probablement causé la mort.

La mort, dans presque tous les cas que M. Merklen a cités, a été subite. Ne pourrait-elle pas être aussi attribuée à des lésions du pneumo-gastrique? D'ailleurs, d'autres signes que M. Merklen rattache à la nature infectieuse de la maladie, par exemple la congestion pulmonaire, peuvent s'expliquer par l'altération de ce nerf.

M. *Gouguenheim* pense que l'affection doit être rare, car il n'en a jamais vu un seul cas.

Tout récemment, dans le *Lyon médical*, M. Josserand vient de publier deux observations d'abcès rétro-laryngé primitif. Un cas s'est terminé par la mort, l'autre par la guérison après ouverture de l'abcès. La terminaison paraît donc ne pas être toujours aussi défavorable que l'a dit M. Merklen. Dans le pus, on avait retrouvé le pneumocoque encapsulé de Friedlander.

M. *Juhel-Renoy* a observé, lui aussi, un cas semblable à ceux qu'on vient de rapporter, et qui se termina rapidement par la mort. Mais les symptômes de l'affection ne donnaient nullement l'impression d'une maladie générale infectieuse.

M. *Netter* a assisté à l'autopsie de deux cas de Fraenkel. Dans ces deux cas, en même temps que l'abcès pharyngo-laryngé, on trouva de la péricardite suppurée et de la pleurésie purulente. Dans le pus de l'abcès et des épanchements on trouva le streptocoque. Dans un autre cas, appartenant à M. Hanot, avec l'abcès laryngé, il y avait une pleurésie purulente à streptocoques.

M. *Merklen* admet que la mort puisse survenir par le mécanisme qu'indique M. Rendu ; cependant la dénomination de maladie générale infectieuse doit être acceptée à cause de la fièvre, de l'albuminurie très abondante, de la tuméfaction splénique, du délire. Donc la mort peut aussi tenir à l'infection, comme dans la diphtérie infectieuse.

Quant aux faits que rapporte M. Netter, leur évolution et leurs symptômes les distinguent absolument du phlegmon laryngo-pharyngé primitif.

Cancer de l'estomac sans troubles digestifs.

M. *A. Siredey* a fait l'autopsie d'une femme morte de cancer de l'estomac et qui, au mois de septembre dernier, ne présentait aucun symptôme de cette affection, pas même de la dyspepsie. L'état général était excellent, le teint rosé. Seulement quelques signes d'alcoolisme.

L'examen de la région épigastrique révélait cependant la présence de deux tumeurs volumineuses, superposées, paraissant appartenir l'une à l'épiploon, l'autre à l'estomac.

L'état général resta excellent jusqu'au mois d'octobre. A ce moment commencèrent des vomissements incoercibles qui amenèrent rapidement un amaigrissement considérable, mais sans que la malade ait perdu l'appétit. Jamais la teinte jaune particulière au cancer ne parut, les ganglions ne s'engorgèrent pas. Mort le 28 octobre.

A l'autopsie on trouva deux tumeurs cancéreuse, une sur l'épiploon, l'autre sur l'estomac ; celle-ci s'étendait sur les 2/3 de la grande courbure et de là jusqu'au pylore qui était devenu à peu près infranchissable. Quelques granulations sur le péritoine.

Discussion. — M. *Moutard-Martin* demande s'il existait des contractions péristaltiques de l'estomac.

M. *Siredey*. - Ces contractions ont été constatées plusieurs fois ; il suffisait pour les produire, de percuter légèrement la région.

M. *Moutard-Martin*. — Dans les dilatations de l'estomac dues au cancer, on provoque très facilement ces ondulations par une légère percussion de l'épigastre. M. Moutard-Martin ne les a même jamais vues, si ce n'est dans les cas d'obstruction cancéreuse du pylore.

M. *Hayem*. — Les contractions péristaltiques de l'estomac et de l'intestin n'ont pas la valeur diagnostique que leur attribue M. Moutard-Martin. On peut, en effet, les observer dans tous les cas de dilatation gastrique, quelle qu'en soit la cause, toutes les fois que l'estomac n'a pas perdu sa contractilité propre.

Un fait beaucoup plus intéressant, c'est la façon dont la malade de M. Siredey digérait.

Dans le cas de cancer stomacal, en effet, le chimisme de l'organe est ordinairement très altéré.

Mais quelquefois cependant les glandes d'une grande portion de la muqueuse restent normales, la digestion et la nutrition se font bien ; le chimisme stomacal reste donc normal dans ces cas. Il devait en être ainsi de la malade de M. Siredey. Il faut se souvenir cependant que le chimisme stomacal peut être complètement aboli, sans qu'il y en ait des signes, et que la digestion intestinale peut suppléer la digestion stomacale.

M. *Siredey* a constaté au microscope que la muqueuse d'une bonne partie de la grosse tubérosité de l'estomac était saine. De plus, le foie et le pancréas de la malade étaient absolument normaux. La digestion pouvait donc encore se faire, comme l'indique M. Hayem.

L'hellénisme en médecine.

Un de nos lecteurs nous écrivait récemment pour protester contre l'abus croissant que font tant de médecins des étymologies grecques, pour former des mots nouveaux en médecine. « Je ne pourrai bientôt plus comprendre ce que je lis », nous disait notre confrère. « Pouvez-vous m'indiquer un dictionnaire qui me renseigne sur le sens de ces vocables nouveau-nés ? Ainsi, que veulent dire *miopragie* ? *bélénophobie* ? » Nous sommes bien de l'avis de notre correspondant relativement à l'abus qui a été fait par les pathologistes contemporains du grec dans les étymologies : le pis est que trop souvent les pères des néologismes ne se sont pas fait aider dans la procréation de ceux-ci par des gens sachant vraiment le grec ; il en est résulté plus d'un barbarisme. — Pour ce qui est des deux mots cités par notre correspondant, miopragie signifie, dans l'idée de M. Potain, qui lui a consacré une clinique, *aptitude fonctionnelle restreinte* (de μειόω diminuer et πρασσω fonctionner, d'où les Grecs avaient fait απραγια, inefficacité.

M. Potain désigne ainsi la diminution dans l'activité d'un organe sans qu'il y ait pour cela maladie, et constituant plutôt une infirmité ; il compare ces incapacités organiques limitées à tel ou tel viscère (estomac, foie, rein) à la myopie. Franchement aptitude fonctionnelle restreinte est aussi clair que miopragie.

Bélénophobie ou *bélonophobie*, — car l'un et l'autre se dit ou se disent, pour parler comme feu Vaugelas, — veut dire terreur de ce qui pique, de ce qui est pointu, crainte des épingles ou des aiguilles, — c'est une variété de trouble mental, comme l'agoraphobie, la claustrophobie, etc., qui se rencontre surtout chez les héréditaires.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Revision de la loi sur les syndicats professionnels.

Lorsque, en 1881, 3 ans avant la loi de 1884 qui a consacré l'existence des syndicats professionnels, nous nous entretenions pour la première fois avec le regretté Margueritte, des avantages qu'il y aurait à nous syndiquer, il ne nous serait jamais venu à l'esprit que, dix ans après, nous vivrions encore, nous médecins, sous le régime de la tolérance et que ce qui est permis à presque tous les Français pût être illicite pour d'autres, qu'on nous refuserait ce droit, sous le prétexte que nous n'avons pas d'intérêts à sauvegarder !

C'est ce qu'a décidé la *Justice* ! Mais, plus juste que ses subordonnés, le *garde des sceaux* consulte les syndicats au lieu de les inviter à se dissoudre.

Les syndicats peuvent donc poursuivre leur carrière déjà longue et ne point se préoccuper, comme le leur dit de son côté, M. le *ministre du commerce*, d'une interprétation judiciaire qu'il se propose de faire réformer.

Nous désirons, aujourd'hui, appeler l'attention des syndicats, sur une singularité des statuts de la plupart d'entre eux.

Lorsqu'ils prévoient leur *dissolution*, à qui croyez-vous qu'en général ils attribuent les reliquats de leurs caisses ? A l'*Association générale* bien souvent ; quelquefois *à notre caisse des pensions de retraites* ; à des *œuvres de bienfaisance médicale* et jamais ils ne songent aux autres syndicats, ou à l'*Union des Syndicats* !

Pourquoi cette inexplicable donation à l'Association générale ? Il semblerait que, si mal accueillis par elle à leur origine, ils eussent quelque chose à se faire pardonner ! Ne serait-il pas temps de modifier ces errements ?

Pourquoi souhaitons-nous la consécration des syndicats médicaux par la loi ? Ils avaient une voie toute tracée : œuvre de *défense professionnelle* ; nous les voyions dans un avenir rapproché armés, de pied en cap, contre les usurpations de tout genre, contre l'exercice illégal surtout qu'on ne pourra jamais vaincre que par la recherche des récidives et des amendes, au profit des *syndicats*.

Ces amendes auraient promptement constitué une *caisse spéciale*, bien pourvue, mise à la disposition d'un homme d'affaires du lieu largement appointé, qui aurait poursuivi sans merci, à l'aide des lois existantes, tous les illégaux.

C'est pourquoi nous voulons que la loi de 1884 nous soit appliquée et nous ne cesserons de revendiquer le bénéfice qu'on nous a promis et nous ne consentirons aucun nouveau sacrifice à la société, si elle ne veut pas nous permettre de nous protéger nous-mêmes, alors qu'elle ne nous protège pas.

Nous prions donc les syndicats de dire dans leurs statuts qu'en cas de dissolution le fonds social sera attribué à un syndicat désigné, ou à l'Union des syndicats.

En un mois, trois nouveaux syndicats se sont formés ; c'est la preuve que nos confrères se préoccupent peu de l'interprétation de la loi de 1884 ; ils se contentent de se conformer à ses prescriptions ; cette nouvelle impulsion des syndicats est d'un heureux augure.

A. C.

Rôle des Syndicats médicaux.

Nous détachons du rapport que M. Chevandier a déposé le 27 octobre 1890, à la Chambre, les considérants à l'appui de l'article 17 relatif aux syndicats :

ART. 17.

Le corps médical réclame avec non moins d'énergie le droit de profiter de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels. La précédente Chambre avait été saisie de cette question par une proposition de M. Dupuy, député de l'Aisne, et par la pétition n° 553.

Cette pétition émane de l'Association générale des médecins de France. Cette grande Société de secours mutuels donne à entendre ainsi combien elle regrette que sa propre constitution ne puisse donner satisfaction aux intérêts nombreux qui demandent à se syndiquer (1).

De bonne foi, les médecins, convaincus que leurs intérêts étaient visés par la loi du 21 mars, confirmés dans cette idée par l'esprit même de la loi, par l'exposé des motifs, par les explications du rapporteur du Sénat, par la circulaire ministérielle du 25 août 1885, s'étaient déjà constitués en syndicats professionnels sur tous les points du pays.

Le jugement du tribunal de première instance de Domfront ne reconnaissant pas l'existence légale des syndicats médicaux, sa confirmation par la Cour d'appel et par la Cour de cassation produisit une émotion profonde.

Seul d'entre les professions libérales, le corps médical n'est pas constitué en confrérie ; les avocats trouvent une force dans leur ordre, les avoués et les notaires dans leurs chambres respectives. Seul le médecin reste isolé. De là des inconvénients nombreux et regrettables.

Voici comment peut être justifiée l'existence des syndicats médicaux :

« Le syndicat, m'écrivait récemment le président d'un syndicat d'un département voisin, a pour but :

« 1° D'établir des rapports permanents entre les médecins de la région, de leur apprendre à se connaître, à s'honorer et à se protéger réciproquement ;

« 2° De rendre leurs relations plus faciles en fixant quelques règles de conduite librement acceptées par tous ;

« 3° De s'efforcer d'aplanir les conflits qui pourraient s'élever soit entre confrères, soit entre clients et médecins, et de soutenir ces derniers dans la *légitime* revendication de leurs droits ;

« 4° D'améliorer la situation tant individuelle que collective des membres qui le composent ;

« 5° De réprimer toutes les usurpations sur les droits d'exercice que la loi confère aux médecins ;

« 6° De fournir des renseignements exacts pour l'établissement des nouveaux confrères qui en feront la demande ;

« 7° D'entrer en relations avec les autres syndicats formés dans le même but. »

Voilà les traits principaux de l'action des syndicats.

Et l'impulsion du besoin d'association est si forte que les syndicats médicaux ont continué à se développer. On en compte plus de deux cents en France.

Dans l'enquête ouverte par les soins de M. Thévenet, Garde des Sceaux, à la suite de l'interpellation Lacombe au Sénat, M. le Ministre de la Justice, s'est adressé aux syndicats pour avoir leur opinion sur le relèvement des tarifs de 1811 appliqués aux médecins requis par la justice, leur reconnaissant en quelque sorte une existence légale (1).

Dans ces conditions, votre commission vous demande d'accepter l'article 17 ainsi conçu :

A partir de la promulgation de la présente loi les médecins bénéficieront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

(1) Le rapporteur est dans l'erreur ; les 1500 pétitions légalisés déposées par M. Dupuy, à ce moment Président de l'Union, émanent du Concours Médical et des Syndicats.

(1) Dans la séance du 28 mars 1890, le Président de l'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure donne lecture d'un jugement rendu par la 9e chambre correctionnelle de Paris, acquittant des professeurs qui, s'étant constitués en syndicats, avaient été poursuivis pour ce fait. (*Concours médical* du 10 mai 1890.)

Association syndicale des médecins des Vosges.

Adresse à Monseigneur l'Evêque de Saint-Dié.

Nous croyons que, dans bien des régions, les Syndicats auraient avantage à se concerter et à envoyer une adresse semblable aux évêques.

Monseigneur,

L'Association Syndicale des médecins des Vosges a l'honneur d'appeler votre attention sur une question qui nous préoccupe depuis plusieurs années et que nous prenons la liberté de soumettre à votre bienveillante appréciation.

Les médecins de campagne sont, vous le savez, Monseigneur, en rapports journaliers avec les desservants des différentes paroisses qui se trouvent dans leur rayon d'exercice. Fréquemment, le médecin et le prêtre se rencontrent tous deux, au même moment, au chevet du même malade.

Or, les médecins, quelles que soient leurs convictions religieuses ou leurs opinions politiques, considèrent comme un devoir de témoigner, en toutes circonstances, aux membres du clergé la plus respectueuse déférence. Mis en présence d'un malade, ils se bornent à remplir de leur mieux la mission qui leur est confiée. Ils ne vont pas au delà. Le domaine spirituel leur est interdit. Ils le respectent.

Nous avons, Monseigneur, le désir bien légitime de voir vos subordonnés user de réciprocité à notre égard.

Et, nous sommes bien obligés d'en convenir, nous avons, à ce propos, des plaintes à formuler.

Non seulement certains curés de campagne interviennent directement auprès de leurs paroissiens, recommandant, souvent avec insistance, plutôt tel praticien que tel autre, jetant à l'occasion et à mots couverts le discrédit sur un médecin très honnête et très capable ; mais nous les avons vus aussi faire des diagnostics erronés, instituer des traitements, donner des consultations, voire même des médicaments qui ne pouvaient qu'être préjudiciables aux intéressés. C'est vous dire en un mot, Monseigneur, que certains prêtres de votre diocèse se livrent à l'exercice illégal de la médecine.

Dans d'autres villages, la sœur, quels que soient son ordre et ses attributions, a pris la place du médecin. Elle médicamente toute la commune, sans discernement, soulage ou guérit

quelquefois, par hasard, mais d'autres fois aussi met le malade en péril. Dans les cas désespérés, aux approches de la mort, pour couvrir sa responsabilité, elle fait appeler un médecin, celui dont elle impose le choix, car il faut qu'elle puisse compter sur une certaine complaisance de la part de ce praticien.

Vous ne vous étonnerez donc pas, Monseigneur, que cet état de choses nous ait préoccupés depuis longtemps. Ce n'est pas seulement dans les Vosges que le corps médical a déploré l'empiétement du clergé dans le domaine médical. Des récriminations s'élèvent de tous les points de la France.

Récemment l'attitude énergique des médecins de province a forcé les pouvoirs à s'occuper enfin d'une question que l'on ne voulait pas aborder en haut lieu, celle de la revision des tarifs médico-légaux. Il faut craindre, Monseigneur, en ce qui regarde l'intrusion de vos subordonnés dans les choses de la médecine, une nouvelle levée de boucliers. Les Vosges n'en donneront pas le signal. Nous conserverons vis-à-vis des pasteurs de nos populations rurales la respectueuse attitude que nous avons eue jusqu'à présent. Mais nous avons cru devoir vous faire connaître ces faits, vous soumettre nos doléances et vous prier, Monseigneur, de demander à ceux dont vous êtes le guide et le chef, de ménager nos justes susceptibilités, en un mot d'être et de rester étrangers aux choses médicales.

Nous ne vous dirons pas, Monseigneur, que la répression de l'exercice illégal de la médecine est à la veille d'entrer dans une phase toute nouvelle, que notre Association, dont les statuts sont autorisés, a pour mission de sauvegarder les intérêts médicaux qui peuvent être, qui sont compromis de ce chef, enfin que dans le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine, se trouvent édictées des peines très sévères contre ceux qui se livreront à l'exercice illégal.

Nous vous prions simplement et respectueusement, Monseigneur, de vouloir bien intervenir pacifiquement dans ce débat, en prévenant des conflits qui surgiraient certainement un jour ou l'autre, si vos subordonnés ne gardaient pas la réserve, dont leur sacerdoce semble cependant leur faire un devoir, et dont les médecins leur donnent l'exemple.

Nous espérons que votre gracieuse intervention nous donnera satisfaction.

Agréez, etc.

Le Président, Le vice-Président, Le secrétaire,
Dr LARDIER, Dr CHAVANE, Dr COUTURIER.

REPORTAGE MÉDICAL

Lettre de M. R. Koch à M. Pasteur.

M. Koch vient d'adresser à M. Pasteur la lettre suivante :

Berlin C. Klosterstr. 36d. 22 nov. 1890.

Monsieur et très honoré collègue,

Vous avez eu la bonté de me souhaiter télégraphiquement bonheur pour le résultat de mes recherches sur la tuberculose. Je considère cela comme un honneur tout particulier et je me permets d'exprimer mes remerciements très dévoués à vous et à Messieurs vos collaborateurs qui se sont associés à vos souhaits. Pour donner une expression de plus de ma reconnaissance, je me permets, dans l'hypothèse que vous n'êtes pas sans désirer observer chez l'homme les effets particuliers du nouveau médicament, de vous en envoyer un échantillon.

Agréez l'assurance de ma très haute considération.

Votre dévoué,
R. KOCH.

D'autre part, la dépêche suivante a été adressée de Saint-Pétersbourg à M. Pasteur :

A M. Pasteur, à Paris.

Après la première expérience, faite ce soir à l'Institut, du traitement du lupus d'après la méthode de Koch, nous nous sentons heureux de vous exprimer le sentiment de profonde vénération pour vous, l'illustre initiateur des études fécondes dans le domaine de la science qui fête aujourd'hui une de ses victoires.

Signé : Prince ALEXANDRE D'OLDENBOURG — EUGÉNIE, princesse d'OLDENBOURG — Prince PIERRE D'OLDENBOURG — Dr SPERK — Prof. ANREP — Dr KHIGINE — Dr HELMANN — Dr KRAIOUCHKINE — Baron FEHLEISEN.

Le *Bulletin médical* ajoute :

« C'est avec un véritable plaisir que nous publions cette dépêche.

Jusqu'à présent, par un sentiment de réserve que tout le monde comprendra, nous nous étions abstenus de rappeler que M. Pasteur avait été « l'initiateur » de toutes les découvertes faites ou à faire dans le traitement des maladies microbiennes. Nous sommes heureux de voir les étrangers exprimer une opinion que partagent certainement tous les médecins français et qui n'enlève rien, nous n'avons pas besoin de le dire, à l'importance de la découverte de R. Koch. »

Syndicat de la presse médicale. — Au dernier *dîner* du 14 novembre, les convives étaient en très grand nombre. Après examen des deux candidatures et nomination de leurs rapporteurs, on s'est entretenu, surtout, de la découverte du Dr *Koch*. La réunion a décidé qu'une invitation à dîner serait transmise par le président, à M. le professeur *Bouchard*, pour le samedi 6 décembre.

— Nous publions dans le présent numéro la portion du rapport Chevandier, sur la revision de la législation médicale relative à l'application aux médecins de la loi sur les syndicats. Nous publierons ensuite les parties les plus intéressantes du travail du député de la Drôme.

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Pilules contre les troubles nerveux des arthritiques.

Extrait de valériane... } àà 5 grammes
Benzoate de lithine... }

F. s. a. 50 pilules. Deux le matin et deux le soir.

P. L. G.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. CLAISE (Aug.), officier de santé, à Houplines-s.-Lys (Nord), présenté par le docteur Dubard, d'Armentières.

M. le Dr PINEAU, de Laon (Aisne), présenté par M. le docteur Pineau, de Poissy (Seine-et-Oise).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzième année **N° 49** 6 Décembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

La méthode de Koch.

Il n'y a que peu de choses à ajouter à ce que nous disions la semaine dernière. A Berlin même affluence de médecins et de malades. A noter l'incident un peu scandaleux d'abord attribué au Dr Lévy, mais dont, paraît-il, la responsabilité incombe à un de ses élèves, nommé Salingré ; nous faisons allusion à la réponse faite à un tuberculeux de Davos qui demandait à être traité dans la clinique de M. Lévy et qui reçut comme réponse une demande de 375 fr. par inoculation. L'inculpé prétend n'avoir fait cette réponse que pour décourager les malades et empêcher qu'il n'en vînt un trop grand nombre.

A Paris des inoculations ont été faites par M. Péan à Saint-Louis sur 15 cas de tuberculose chirurgicale avec deux tubes rapportés de Berlin par le Dr Schaffier. Dans une clinique faite samedi, le chirurgien de Saint-Louis déclare que les premières observations permettent seulement de dire que, si le pouvoir curatif de la lymphe est encore à fixer, son action générale sur les individus et son action spéciale sur les tissus tuberculeux est incontestable.

La méthode de Koch a encore été employée par M. Cornil à l'hôpital Laennec, par M. Hallopeau, à Saint-Louis. Pour le lupus les faits observés concordent absolument avec ce qui avait été dit antérieurement. Pour les cas du service de M. Péan, ceux qui étaient chirurgicaux, les résultats obtenus ont varié pour chaque malade, dont la réaction était différente. A Laënnec, ce qui est le plus intéressant, c'est la constatation de l'hématurie et l'albuminurie chez deux malades ayant reçu l'un trois milligrammes et demi, l'autre cinq milligrammes. Des inoculations ont été également pratiquées le lundi 1er décembre, à *l'œuvre des Enfants tuberculeux*, 35, rue Miromesnil, par MM. Léon Petit, Blache et Gouell, en présence de M. Hérard.

On sait par le discours de M. Gossler, ministre de l'instruction publique, à la Chambre des députés de Prusse, que c'est lui qui a empêché M. Koch de dévoiler le mode de préparation du remède. Le ministre estime qu'il est nécessaire que la lympe de Koch devienne propriété de l'Etat prussien qui le vendra au prix de 31 fr. 25 les 5 grammes en y apposant son sceau de garantie.

Phlegmon rétro-laryngé.

Un cas de phlegmon pharyngo-laryngé, semblable à ceux que M. Merklen a étudiés tout récemment, vient d'être publié par M. le Dr Culot, de Maubeuge. Il s'agit d'un homme de 36 ans qui, après une journée de fatigues, prit froid. La nuit, il s'éveilla en proie à une gêne extrême de la respiration et à une douleur assez vive de la gorge. Pendant les deux jours qui suivirent, la dysphagie et la gêne respiratoire augmentèrent. Le troisième jour, le malade expectora un peu de pus ; son haleine était très fétide ; sa température dépassait 39° et il avait du délire ; les urines contenaient de l'albumine. La rate ne fut pas examinée. Un léger empâtement commençait à se montrer dans la région sus-claviculaire. Le lendemain, les frissons, le délire avaient augmenté, l'asphyxie devenait menaçante. M. Culot fit alors, au-dessus du muscle omoplat-hyoïdien, une incision qui donna issue à 60 ou 80 grammes d'un pus noirâtre, extrêmement fétide. Les suites de l'opération furent excellentes ; le jour même l'état général du malade s'améliora considérablement, les symptômes inquiétants disparurent ; au bout de quelques semaines la guérison était complète.

M. Rendu pense, avec M. Culot, que dans tous les cas de phlegmon pharyngo-laryngé on doit aller à la recherche du pus ; et même, vu la gravité des accidents, qui ne permettent pas la temporisation, on doit intervenir alors que l'on n'a trouvé aucun foyer. Dans quelques cas la trachéotomie rendra de réels services en donnant plus de temps pour préparer cette intervention.

Nouveau cas de tic spasmodique du voile du palais.

M. *Dieulafoy* a fait connaître tout récemment un malade atteint de tic spasmodique du voile du palais. Ces cas sont très rares. En voici cependant un autre exemple. Un syphilitique, que M. *Legroux* a soigné avec M. Fournier il y a quelques années, eut d'abord une hémiplégie droite avec aphasie, que guérit le traitement spécifique. Il eut ensuite une ataxie locomotrice à forme aiguë qui guérit de la même manière. Quelque temps après il fut pris d'un tic spasmodique du voile du palais, qu'il a conservé depuis cette époque. C'est un mouvement classique, rhythmé, non isochrone aux pulsations artérielles, une sorte de nystagmus du voile; la luette se déplace latéralement. Dans le cas de M. Dieulafoy le déplacement se faisait d'avant en arrière. Ce tic n'occasionne aucun trouble de la parole, ni de la déglutition.

Dermographie simulant les fièvres éruptives.

M. *Féréol* a dépisté une adroite simulation faite par un hystérique « dermographe » dont le principal moyen d'existence est le séjour à l'hôpital. Ce malade peut, en se piquant avec les dents d'une fourchette, produire une rubéfaction intense, ressemblant à celle de la rougeole ; en se frottant avec une brosse, il a l'éruption scarlatineuse.

C'est ainsi qu'à plusieurs reprises, après s'être donné par un moyen quelconque un léger mouvement fébrile, il s'est fait admettre très facilement dans de nombreux services. Or, il y a quelque temps, il entra dans le service de M. Duguet qui découvrit la ruse et lui fit faire des aveux complets. C'est un hystérique doublé d'un alcoolique ; il a eu autrefois quelques crises, il présente de l'anesthésie pharyngée et des troubles du sens des couleurs ; ainsi, il n'a pas la perception du vert qu'il confond avec le rouge.

Erythème noueux chez les enfants.

L'érythème noueux est une affection très rare chez les enfants. Sur des milliers de petits malades, *16 cas seulement* ont été observés en sept ans par M. Comby. Cette rareté est comparable à celle du zona, et l'on peut dire que sur 1000 enfants malades on rencontre un cas d'érythème noueux et un cas de zona.

Relativement au sexe, 10 fois l'affection a frappé des garçons et 6 fois des filles ; mais on ne peut point, d'après cela, attribuer une plus grande prédisposition au sexe masculin. M. Comby a, bien entendu, éliminé une variété de l'affection, érythème induré de Bazin, qui ne s'observe que chez les filles et qui est apyrétique.

Au point de vue de l'âge, il est extrêmement rare de rencontrer l'érythème noueux dans la première enfance (un seul cas à 14 mois) ; à partir de 3 ans la fréquence augmente ; 12 des 16 cas de M. Comby ont été observés sur des enfants de 5 à 11 ans.

Rien de précis sur les conditions étiologiques ; à remarquer cependant un cas dans la convalescence d'une grippe et un cas chez une petite fille atteinte depuis longtemps d'une diarrhée rebelle. Quant aux relations, que l'on a souvent signalées, de l'érythème noueux avec le rhumatisme, M. Comby ne les a jamais observées. Quelques malades ont bien accusé ces douleurs vagues, assez légères, ne survivant pas à la maladie, sorte de pseudo-rhumatisme lié à l'érythème noueux, mais ne présentant aucun des caractères de la maladie rhumatismale véritable.

Quelques auteurs ont aussi décrit un érythème noueux palustre, atteignant les enfants seulement. Mais dans ces cas on a affaire à de l'érythème polymorphe et non à de l'érythème noueux; cette affection ne présente donc aucune relation avec les autres affections de l'enfance et, de plus, l'influence héréditaire n'a jamais été notée. On peut donc la considérer comme une entité morbide évoluant à la façon d'une fièvre éruptive.

Chez les 16 malades de M. Comby la symptomatologie a toujours été très nette ; toujours l'éruption a été simple, et non mêlée à d'autres éruptions. Le début de l'affection se fait par une phase prodromique très appréciable, durant ordinairement 2 ou 3 jours, quelquefois 8 et 15, caractérisée par de la fièvre, du malaise, de la courbature, de l'anorexie, une langue saburrale, de la constipation, en un mot, tous les signes de l'embarras gastrique fébrile. L'exaspération vespérale de la fièvre est très accentuée, de telle sorte que l'on pourrait croire à une fièvre intermittente quotidienne ; dans un de ces cas M. Comby avait même prescrit le sulfate de quinine.

En même temps la lassitude, l'abattement, la pâleur sont extrêmes. Ces signes survivent quelquefois longtemps à l'affection qui laisse après elle une anémie très prononcée.

Après la période prodromique les nodosités érythémateuses se montrent le plus souvent aux membres inférieurs où elles occupent la crête du tibia, la face interne, quelquefois la face externe de la jambe. Quelquefois aussi elles apparaissent au-dessus du genou. Dans deux cas enfin, M. Comby en a trouvé sur les quatre membres. Les nodosités qui siégeaient aux avant-bras — c'est leur siége de prédilection sur les membres supérieurs — étaient alors aussi volumineuses que celles des membres inférieurs. On ne peut donc admettre la théorie de la « déclivité » pour expliquer l'apparition plus fréquente des nodosités aux jambes.

Ordinairement l'éruption se fait en une seule poussée, et la guérison commence au bout de 8 à 10 jours ; quelquefois il y a deux ou trois poussées successives et l'affection dure alors deux ou trois semaines. Enfin dans un cas M. Comby a constaté une récidive à un an d'intervalle. Les nodosités siégeaient aux membres inférieurs dans la première attaque, aux quatre membres dans la deuxième ; mais, dans cette dernière, les nodosités étaient bien peu érythémateuses et bien peu douloureuses ; il s'agissait d'une petite fille ; on peut donc faire des réserves et se demander si cette deuxième atteinte n'était pas de l'érythème induré de Bazin.

La convalescence de l'érythème noueux est généralement, chez les enfants, beaucoup plus longue que la maladie elle-même. L'organisme tout entier semble avoir été atteint, et l'anémie, l'amaigrissement, l'anorexie persistent pendant plusieurs semaines. Dans tous les cas cependant l'évolution est simple et le pronostic bénin. Chez les enfants, en effet, on ne voit pas survenir ces complications qui ont été signalées chez l'adulte, entre autres la péricardite et l'endocardite, et qui

avaient porté plusieurs auteurs, Rombaud, Talamon et avant eux Trousseau, à considérer l'érythème noueux comme une maladie générale infectieuse.

Le diagnostic est très facile comme traitement. M. Comby prescrivait le repos, un liniment calmant, des toniques, des reconstituants.

M. *Legroux*. — La communication de M. Comby est la confirmation de la description classique de l'érythème noueux des enfants. Mais il s'éloigne de l'opinion classique lorsqu'il nie les relations de cette affection avec le rhumatisme. Or, dans l'érythème noueux, non seulement il y a très souvent des douleurs articulaires, mais encore l'action du salicylate de soude sur les nodosités est extrêmement nette. L'érythème noueux doit donc être rattaché à la maladie rhumatismale.

Quant au rôle de la déclivité, il est manifeste ; car lorsque les nodosités siègent aux quatre membres, celles des membres inférieurs ont une teinte beaucoup plus ecchymotique.

M. *Hayem*. — Le travail de M. Comby soulève des considérations générales sur la pathogénie des affections cutanées. Il y a quelques années M. Bouchard a fait remarquer la fréquence de certaines affections cutanées, purpura, acné, urticaire, dans la dilatation de l'estomac. Or M. Hayem, ayant observé ces éruptions chez des malades qui, sans être « dilatés », présentaient des altérations du chimisme stomacal, pense que tout ce qu'a dit Bouchard pour la dilatation gastrique dans la pathogénie des affections cutanées peut s'appliquer à la dyspepsie en général. La dyspepsie produit donc l'acné, le purpura, l'urticaire. Ne pourrait-on pas se demander si l'érythème noueux n'est pas dû lui aussi à des fermentations anormales de l'estomac et de l'intestin ?

M. *Barrié*. — Dans un travail publié il y a 10 ou 12 ans en Allemagne les relations de l'érythème noueux avec la tuberculose étaient très nettement établies pour un certain nombre de cas. M. Comby a-t-il observé cette relation ?

M. *Hallopeau* se prononce contre la parenté de l'érythème noueux avec le rhumatisme. Dans bien des cas le salicylate de soude échoue complètement contre les nodosités.

M. *Ollivier*. — L'érythème noueux des enfants n'est point aussi rare qu'on l'a dit. De plus, sa fréquence, qui augmente avec l'âge, augmente en même temps que la fréquence du rhumatisme. Les relations avec le rhumatisme paraissent en effet indiscutables. M. Ollivier a même observé plusieurs cas d'érythème noueux dans le cours d'une chorée rhumatismale.

M. Laveran est étonné d'entendre contester les rapports de l'érythème noueux avec le rhumatisme.

Quant à ses relations avec les fièvres paludéennes on peut les considérer comme fort douteuses. Sur des milliers de cas d'impaludisme observés en Algérie, M. Laveran n'a jamais vu l'érythème noueux.

M. Rendu confirme l'opinion de MM. Legroux, Ollivier et Laveran. Quand on connaît bien les antécédents des malades, on voit que l'érythème noueux appartient à la série arthritique. En outre cette affection survient très souvent dans le cours d'un rhumatisme aigu.

M. Comby répond à M. Barrié que la relation avec la tuberculose n'existait pas, sauf peut-être dans le cas de cette petite fille qui souffrait depuis longtemps d'une diarrhée rebelle ; celle-ci peut être due à une tuberculose intestinale.

Il pense avec M. Hayem que des recherches sur le rôle de la fonction gastrique dans l'érythème noueux seraient très intéressantes.

Quant aux rapports avec le rhumatisme, M. Comby persiste dans son opinion, malgré l'autorité des opposants, et reste convaincu que l'érythème noueux est une entité morbide ; la coïncidence avec le rhumatisme peut se produire, mais il n'y a pas pour cela nécessairement relation entre les deux affections.

Traitement des granulations folliculaires.

La conjonctive, dit le Dr Valude, caractérisée par la présence de petites granulations rouges dans le cul-de-sac palpépral inférieur, est une affection des plus rebelles.

Elle est causée très souvent par un défaut de réfraction, hypermétropie ou astigmatisme, myopie et presbytie même, auquel il faut remédier par un choix rationnel de verres, mais elle dépend souvent encore de l'état général du sujet ou des conditions auxquelles il se trouve soumis pour son travail ou ses occupations habituelles. Ces granulations folliculaires peuvent être engendrées par la simple fatigue oculaire, surtout par la fatigue éprouvée dans un milieu confiné et éclairé à la lumière artificielle.

En dehors du traitement étiologique nécessaire, la thérapeutique locale la meilleure est la suivante :

Lotions chaque soir sur les yeux avec une solution *très chaude* d'acide borique ainsi formulée :

Eau distillée de lavande...	250 grammes.
Acide borique..............	6 —

Cautérisations tous les deux jours du cul-de-sac conjonctival inférieur avec le cristal pur d'alun, taillé en pointe mousse et poli à l'aide d'un linge mouillé.

A l'aide de ce traitement, la maladie cède ordinairement en dix ou quinze jours.

Traitement des mouches volantes.

Les mouches volantes, si fréquentes chez les myopes et dans certaines affections des membranes profondes de l'œil, se trouvent heureusement influencées par le traitement suivant, prolongé un long temps :

Instillations quotidiennes, dans les yeux atteints, du collyre suivant :

Eau distillée..............	10 grammes.
Iodure de potassium......	5 centigr.

Punaise dans le conduit auditif.

Le fait suivant, rapporté par M. *Beausoleil* dans les *Annales de la Policlinique de Bordeaux* et dans le *Bulletin médical*, présente un certain intérêt pratique.

Il s'agit d'un soldat qui, le 14 février, fut subitement réveillé par une violente douleur de l'oreille droite. Cette douleur s'accompagnait de bourdonnements et de démangeaisons intolérables qui l'empêchaient de reprendre son sommeil. Il lui semblait, dit-il, « que quelque chose marchait dans son oreille ». Le lendemain les déman-

geaisons étant plus fortes et les douleurs plus vives. M. Moure pratiquo l'examen otoscopique et ne trouva aucun corps étranger appréciable à la vue. Il n'y avait aucune trace de lésion du conduit ; on notait simplement une légère coloration rouge de la membrane du tympan dans le segment inférieur. Et cependant quelques jours après, le 4 mars, le malade se fit faire des irrigations d'eau tiède dans l'orellle, qui provoquèrent l'expulsion d'une petite masse brunâtre brillante n'étant autre chose, qu'une punaise.

Essai pratique de la gaze à l'iodoforme.

Il est bon de s'assurer s'il n'entre pas, dans la gaze à l'iodoforme, quelque matière colorante qui, en la rendant plus belle à l'œil en altère la qualité.

Voici un procédé pratique qui permet de reconnaître une bonne gaze à l'iodoforme.

Un morceau de cette gaze, plongé dans l'éther, abandonne à ce liquide tout son iodoforme et devient blanc.

Dans une solution concentrée de soude caustique, cette gaze conserve sa couleur jaune, tandis que les gazes additionnées d'un produit tinctorial virent au gris, rose ou au marron.

(*Bulletin médical.*)

Accidents cérébro spinaux à forme tabétique (tabes aigu); traitement antisyphilitique ; guérison.

M. A. *Fournier* et M. *Dieulafoy* ont observé ce cas intéressant. M. X..., âgé de trente-six ans, robuste, sans antécédents nerveux personnels ou parmi ses ascendants, a contracté en 1879 une syphilis non douteuse que j'ai traitée moi-même. Le traitement a été assez long, mais irrégulier. Depuis trois ans, aucun accident et santé parfaite ; mais à la fin de 1889 apparurent des douleurs de reins, bientôt accompagnées de douleurs presque fulgurantes des jambes et de diminution de la puissance virile.

En janvier 1890, début de ptosis à gauche, anesthésie en îlots à la face interne des cuisses, diminution des réflexes rotuliens. Puis la marche devient de plus en plus difficile, sans être nettement ataxique, mais avec intégrité complète de la force musculaire. Enfin le ptosis se compléta, le signe de Romberg devint très évident ; la parésie vésicale, l'impuissance augmentèrent et les réflexes tendineux disparurent complètement.

C'est en cet état (fin de janvier), que le traitement intervint. Dès le 5 février la marche était devenue plus facile, le ptosis s'était amendé, la vessie fonctionnait normalement ; bref, en trois ou quatre semaines, la guérison complète fut obtenue et depuis s'est maintenue de façon parfaite.

Le traitement a été ainsi institué : chaque soir, frictions pendant quinze minutes avec 6 grammes d'onguent mercuriel double laissé à demeure pour la nuit, iodure de potassium, bains tièdes, électrisation et pointes de feu sur la colonne vertébrale.

Si les symptômes de ce cas avaient été répartis sur un laps de temps de deux ou trois années, le diagnostic d'ataxie locomotrice se serait évidemment imposé de lui-même. Il n'y a pas de raison de le repousser, parce qu'ils se sont condensés en quelques semaines ; et l'on peut conclure, dit M. Fournier, que nous ne sommes pas impuissants dans le tabes pris à son début.

Sur le traitement de la pleurésie purulente par la thoracotomie antiseptique.

M. *Fernet* a communiqué à la Société de thérapeutique l'observation d'une femme de trente-cinq ans, de bonne santé habituelle, entrée dans son service atteinte d'une fièvre typhoïde qui datait d'environ dix jours. Cette femme souffrait en même temps d'un violent point de côté à la base droite. On découvrit, au niveau du point douloureux, un foyer de bronchopneumonie avec un point de pleurésie. La malade fut traitée par les bains froids et au vingt-deuxième jour de la maladie, la fièvre typhoïde était terminée. Tout marcha régulièrement pendant quatre ou cinq jours ; à partir de ce moment, de nouveaux accès de fièvre reparurent, à type rémittent ; en même temps on constata à nouveau le foyer de bronchopneumonie et un épanchement pleural moyen. Dix jours après, la malade eut une petite vomique ; une ponction exploratrice fut pratiquée dans le but d'examiner le pus au point de vue bactériologique. L'examen y démontra la présence de streptocoques. On décida alors de pratiquer la thoracotomie antiseptique. L'opération fut faite par M. Le Dentu ; après l'évacuation du pus, on fit un lavage à l'eau de Van Swieten coupée d'eau chaude par moitié, et l'on fit suivre immédiatement ce lavage d'un lavage à l'eau boriquée. Ce fut le seul lavage pratiqué. On fit seulement sept pansements et au bout de vingt-cinq jours la malade était complètement guérie.

M. Fernet examina à l'occasion de ce fait différents points concernant le traitement de la pleurésie purulente.

1° *Quand la thoracotomie est-elle nécessaire?* — La ponction simple ou suivie d'injections antiseptiques dans le traitement des pleurésies purulentes limitées à pneumocoques, la ponction suffit généralement ; dans les pleurésies tuberculeuses, les injections sont nécessaires ; et, lorsqu'il s'agit de pleurésies à streptocoques, surtout quand il existe une fistule bronchique, le traitement de choix est la pleurotomie.

2° *Faut-il laver la plèvre après la thoracotomie ? Un seul lavage suffit-il, ou faut-il en faire plusieurs ?* — Suivant M. Fernet, le lavage fait partie intégrante de la pleurotomie antiseptique. Pourtant Bouveret dit, d'après Lister, que le lavage n'est pas nécessaire si l'opération est faite avec toutes les règles de l'antisepsie ; d'autre part M. Bucquoy ne le conseille que dans les épanchements putrides. Si le lavage est inutile dans certaines formes de pleurésies à pneumocoques, il n'est, en tout cas, pas nuisible, et dans les pleurésies à streptocoques il peut avoir de très grands avantages.

En général un seul lavage suffit, tout le monde est à peu prés d'accord sur ce point; seulement, si après ce lavage l'infection persiste, si l'on observe du côté de la cavité des signes de putréfaction ou d'infections secondaires, nul doute que dans ces cas il ne faille renouveler les lavages. En dehors de ces cas compliqués les lavages réitérés ne peuvent qu'entraver la réparation et il est préférable de s'en abstenir.

Reste la question du pansement. *Faut-il re-*

nouveler fréquemment les pansements ? Après la thoracotomie, comme après toutes les opérations chirurgicales, il semble bien établi aujourd'hui qu'il faut espacer le plus possible les pansements. S'il n'y a pas d'infection, ce qui est la règle quand l'opération a été bien faite, on laisse le pansement en place tant que la sécrétion séreuse n'apparaît pas à l'extérieur. Il est avantageux de se servir pour les pansements d'antiseptiques peu solubles, comme le naphtol dont l'action peut être longtemps prolongée. Au début de la pleurotomie on fait le pansement tous les trois jours environ, plus tard tous les quatre ou cinq jours. Il reste entendu qu'à la moindre apparence d'infection le pansement doit être changé.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

I. — De la dystocie causée par le siège décomplété.

Notre distingué confrère, le Dr G. Reignier (de Surgères) nous a narré récemment dans le *Concours médical* (1), avec sa verve ordinaire, une intéressante observation de présentation du siège décompleté ; le travail durant depuis quarante-huit heures, la femme ayant de l'inertie utérine et un col à moitié dilaté, le Dr G. Reignier, après avoir en vain tenté d'abaisser le siège à l'aide de deux doigts, après s'être servi inutilement du leniceps de Matteï et après avoir essayé à deux reprises de passer un lacs, « ordonne bravement des granules ocytociques (strychnine, hyoscyamine) appuyés — c'est horrible à avouer — d'une injection sous-cutanée de seigle ergoté (teinture). Sept heures après il retourne auprès de sa cliente, surveillée par une sage-femme : le siège est engagé dans l'excavation, mais l'auscultation montre « que l'existence de l'enfant est compromise ». Nouvelles tentatives infructueuses de tractions exercées avec les doigts au pli de l'aine ; nouvelle impossibilité de poser un lacs et enfin extraction pénible à l'aide du forceps d'un enfant qu'on ne peut ranimer. Malgré toutes ces manœuvres, la parturiente se rétablit fort bien.

Nous ne voulons point discuter point par point cette observation, demander au Dr Reignier ce qu'il entend par « des douleurs pathologiques qu'il faut arrêter à l'aide du laudanum », rechercher le mode d'action des granules ocytociques et savoir quelle a été la dose de la teinture d'ergot employée. Nous ne voulons pas davantage discuter la statistique par trop meurtrière qu'il invoque d'une mort sur 3 présentations du siège, ni rechercher jusqu'à quel point le seigle ergoté a pu agir comme facteur de la mort de l'enfant ; nous croyons plus utile de répondre à notre confrère qui, après avoir montré les services (?) que lui a rendus le seigle ergoté, après avoir protesté contre l'ostracisme dont est frappé « ce pelé et ce tondu » — se demande « *comment* sans lui et sans tuer l'enfant en l'extrayant de vive force à l'aide du cranioclaste ou du céphalotribe après incision préalable du col, on aurait pu réaliser le salut de la mère et la libération du territoire ».

Notre confrère a eu à lutter contre deux obstacles : la dilatation insuffisante et trop lente de l'orifice utérin, le non-engagement du siège. Quels moyens a-t-il employés pour hâter l'ouverture de l'orifice, si tant est que cette dilatation eût besoin d'être hâtée ? Il a eu recours « aux excitations usuelles, titillations du col, injections chaudes, etc. » De ces trois moyens, ce sont les injections chaudes qui auraient dû donner le meilleur résultat ; M. le Dr Reignier ne nous dit point à quelle température ces injections ont été faites, combien de fois elles ont été renouvelées et par qui elles ont été faites ; il est important, en effet, que le liquide injecté à la température de 48°, soit en contact direct avec la surface interne du segment inférieur de l'utérus. Ce qu'il y a de certain, c'est que les injections pratiquées n'ont point amené le résultat attendu, puisque « les douleurs ne se raniment pas et l'inertie est complète. La mère s'épuise et le pouls se précipite. »

Mais laissons de côté le cas particulier du Dr Reignier et envisageons la question d'une manière générale. Que convient-il de faire lorsque, le siège étant retenu au détroit supérieur, la dilatation de l'orifice utérin ne progresse pas, l'inertie survient et qu'il y a une indication formelle (éclampsie par exemple) de terminer le plus rapidement possible l'accouchement ? Donnera-t-on du seigle ergoté ? Non, parce qu'il est dangereux, souvent mortel pour le fœtus en gênant la circulation inter-utéro-placentaire ; non parce qu'il est dangereux pour la mère, dont il tétanise l'utérus qui ultérieurement pourra se rompre si l'accouchement ne se termine pas rapidement, dangereux encore pour la mère qu'il expose à la rétention du placenta.

On peut avec avantage donner du chloroforme et il est parfois loisible de pénétrer doucement avec la main à travers cet orifice utérin qui se laisse peu à peu dilater ; on arrive sur un pied, on l'abaisse, on l'amène à la vulve : si l'orifice s'est réellement dilaté, on peut terminer l'extraction. Si la dilatation est insuffisante, on maintient ainsi le pied et peu à peu l'engagement du siège complète la dilatation. Si l'orifice n'est pas suffisamment dilaté pour laisser pénétrer la main dans la cavité utérine, il faut *avoir recours au* ballon de M. Champetier de Ribes que l'on gonfle suffisamment pour qu'il appuie bien sur l'orifice utérin. Les contractions utérines se réveilleront, la dilatation s'achèvera *rapidement*, le ballon expulsé sera bientôt suivi du fœtus. L'écarteur à trois branches du Pr Tarnier doit pouvoir rendre aussi des services en pareille occurrence. Si, la dilatation étant complète, le siège ne s'engage pas, faut-il avoir recours à l'ergot ou bien aux lacs, aux tractions sur le pli de l'aine, etc ? Non. Il faut introduire la main dans l'utérus et aller à la recherche d'un pied. C'est la conduite que j'ai suivie en juillet dernier dans un cas où le siège était ainsi retenu au niveau du détroit supérieur dans un bassin rétréci. La femme était en travail depuis quarante-huit heures. La sage-femme, chargée de l'accouchement, avait fait prévenir un médecin qui avait constaté une dilatation à peu près complète à 4 heures de l'après-midi. De 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2 du soir il s'était escrimé — sans chloroformer la femme — à vouloir pénétrer dans cet utérus fortement rétracté et à aller saisir un pied. A minuit j'étais auprès de cette femme, d'autant plus perplexe que je connaissais l'habileté et le savoir du confrère qui m'avait précédé, et qui m'avait fait appeler ; j'essayai en vain une première fois d'arriver sur

(1) *Concours médical*, 15 novembre 1890.

la cuisse ; le siège était extrêmement élevé et l'utérus fortement rétracté sur le fœtus vivant.

Je fis donner du chloroforme et pus alors, avec de grandes difficultés, après un bon quart d'heure d'efforts, arriver sur un pied, et l'amener à la vulve. J'étais heureux de ce succès ; mais il ne devait être que partiel : l'ère des difficultés allait commencer. Le dégagement des épaules fut pénible et laborieux ; l'enfant faisait des mouvements inspiratoires précoces ; la tête était retenue au niveau du rétrécissement du bassin. J'essayai en vain à diverses reprises la manœuvre combinée de M. Champetier de Ribes ; le palper mensurateur me montra que cette tête débordait notablement la symphyse pubienne. Au bout d'un quart d'heure de traction, la tête ne progressait point, la basiotripsie s'imposait. Mais je n'avais point emporté de basiotribe et ce fut après des difficultés grandes — dans le détail desquels je ne veux point entrer aujourd'hui — que je pus terminer cette extraction.

Que convient-il de faire lorsque le siège décomplété est retenu dans l'excavation ? Je ne veux point revenir sur ce sujet que j'ai traité ici même récemment à propos de l'application du forceps sur le siège.

II. — De l'ovariotomie pendant la grossesse (1).

Le Dr Engstrom (d'Helsingfors) a pratiqué avec succès 7 ovariotomies pendant la grossesse. D'une statistique réunissant un nombre de 48 cas opérés par Schrœder, Lawson-Tait, Spencer Wells, Olshausen, et Engstrom, il résulte qu'il n'y a eu que deux cas de mort, soit 4,16 % de mortalité ; de telle sorte qu'une ovariotomie faite chez une femme enceinte n'est pas plus dangereuse que dans les cas ordinaires.

Quant à l'opération, elle doit être faite suivant les mêmes principes que ceux de la laparotomie ordinaire ; toutefois, si la tumeur est située en haut, il est rationnel de faire l'incision à la même hauteur, de façon à ne pas exercer une traction inutile sur le pédicule. Une tension sur le pédicule peut en effet facilement causer une excitation des muscles de l'utérus et par conséquent provoquer des contractions. De plus, le pédicule de la tumeur doit être lié avec grand soin, afin que dans le cas où il surviendrait des contractions utérines, aucune des ligatures ne vienne à se relâcher ou à glisser. De même la suture abdominale doit être bien faite pour qu'elle ne puisse se rouvrir par un effort possible des muscles abdominaux. Enfin la matrice ne doit rester découverte que le temps rigoureusement nécessaire ; car le refroidissement auquel elle serait exposée en amènerait névitablement la contraction.

Si le travail de l'accouchement commence même immédiatement après l'opération, il paraît avoir pour la mère l'issue la plus heureuse. Lorsque l'incision est guérie et que la circulation est bien rétablie au niveau du pédicule et dans les parties voisines, le travail de l'accouchement peut difficilement avoir une influence préjudiciable sur ces parties.

D'autre part, l'extirpation de la tumeur ovarique ne nuit guère à l'existence du fœtus ; dans la majorité des cas, l'ovariotomie pratiquée sur une femme enceinte ne cause pas l'accouchement prématuré, de telle sorte que, d'après les statistiques de Jeller, d'Olshausen, le pronostic pour le fœtus est meilleur quand il y a extirpation de la tumeur qu'avec l'expectation.

Engstrom fait observer que la plupart des accoucheurs modernes estiment qu'une tumeur ovarique doit être extirpée aussitôt que possible, même pendant la grossesse. Le petit volume de la tumeur est loin d'être une contre-indication à l'opération ; c'est avec les petites tumeurs qu'il faut le plus redouter une torsion du pédicule.

(1) *Annales de gynécologie*, novembre 1890.

III. — De la grossesse extra-utérine.

Le lundi 11 novembre le professeur Pinard reprenait à la Clinique Baudelocque ses leçons cliniques devant un nombreux auditoire : parmi les nombreuses améliorations à l'enseignement obstétrical que vient d'apporter notre excellent maître, signalons l'habitude qu'il a prise de faire tous les examens importants et toutes les opérations sérieuses à l'amphithéâtre devant les élèves.

C'est ainsi que, pour commencer cette année scolaire, il a opéré une malade fort intéressante qui lui avait été adressée par le Dr Dupuy (de Saint-Denis) : il s'agissait d'une femme, âgée de 28 ans, d'une bonne santé habituelle. Mariée depuis 10 ans, cette femme n'a jamais eu d'enfant, sa menstruation est assez irrégulière ; les règles viennent toutes les six semaines ou tous les 2 mois. Cette année elle perdit du sang pour la dernière fois le 15 janvier. En février, elle éprouva des douleurs assez vives dans le ventre, fut prise de vomissements et obligée de garder le lit pendant trois semaines, sans se croire enceinte. Ces crises douloureuses reparurent à cinq ou six reprises ; en septembre, elle eut des contractions irrégulières de l'utérus comme si elle allait accoucher et entra dans ce but à l'hôpital de Saint-Denis. Un mois après, comme elle n'était pas accouchée, le Dr Dupuy, qui soupçonnait l'existence d'une grossesse extra-utérine, l'envoya à la Maternité Baudelocque où elle entra le 25 octobre.

Dès son premier examen, le professeur Pinard affirma le diagnostic de grossesse extra-utérine avec mort du fœtus en se basant sur les signes suivants. L'abdomen présente une physionomie spéciale : il est irrégulièrement développé et on constate à la vue l'existence de deux tumeurs, l'une irrégulière volumineuse, occupant surtout la partie gauche de l'abdomen, l'autre plus petite siégeant à droite. Le palper permet de délimiter facilement ces deux tumeurs distinctes l'une de l'autre ; il permet en outre de constater que la paroi abdominale a des adhérences avec les parties sous-jacentes et qu'elle ne glisse pas sur la tumeur qu'elle contient. De plus, il est impossible de mobiliser la tumeur. En un point voisin de l'ombilic, à gauche, on obtient par le palper la sensation nette de la crépitation osseuse dû au chevauchement des os du crâne du fœtus mort. La tumeur siégeant à gauche, c'est le kyste fœtal ; la petite tumeur inclinée à droite, c'est l'utérus hypertrophié et facile à reconnaître lorsqu'il se contracte. Au toucher l'excavation est vide ; le col est mou, l'orifice externe est largement ouvert ; il est facile, par le palper et le toucher combinés, de distinguer l'utérus de la tumeur avoisinante. Après avoir établi ce diagnostic, M. Pinard pratiqua devant les élèves l'incision du kyste fœtal par la voie abdominale et put extraire un fœtus volumineux du poids de 3,300 gr. Les suites de cette opération ont été des plus simples.

M. Pinard a profité de cette observation pour

retracer à grands traits l'histoire clinique de la grossesse extra-utérine. Lorsque le fœtus se développe hors de la cavité utérine, on observe d'abord tous les signes de la grossesse normale avec exagération de la plupart des troubles physiologiques. Dés les premiers mois apparaissent souvent des douleurs abdominales, avec augmentation de la sensibilité de la peau abdominale et phénomènes de péritonite plus ou moins accusée. La miction est plus ou moins gênée, de même que la défécation. Tantôt ces troubles disparaissent vers le troisiéme ou le quatriéme mois de la grossesse; tantôt les douleurs persistent pendant tout le cours de la grossesse et peuvent survenir sous forme de crises, revêtant un certain caractère de périodicité. Quelquefois les femmes perdent du sang; cet écoulement sanguin se fait à l'époque des régles, il est rouge et s'accompagne de douleurs assez vives: l'ovulation ne reste pas silencieuse. Parfois les femmes expulsent une caduque, et comme cette expulsion, qui peut se faire dès les premiers mois de la grossesse, coïncide avec des douleurs parfois intenses, on peut croire que la femme a fait une fausse couche, alors que la grossesse extra-utérine continue à évoluer. D'autres femmes perdent du sang marc de café; enfin, il y a des femmes qui ne perdent pas une goutte de sang, comme dans la grossesse normale. M. Pinard a noté ce fait dans un tiers des cas qu'il a observés.

Les signes physiques de la grossesse extra-utérins varient suivant l'époque à laquelle la femme est examinée : dés que le kyste fœtal est suffisamment développé pour être perceptible, on peut trouver deux tumeurs distinctes, l'une formée par l'utérus, l'autre par le kyste fœtal; ce kyste est plus ou moins enclavé dans l'excavation; il adhére d'autre part à la paroi abdominale et présente une immobilité relative. Dans certains cas rares, lorsque le kyste est développé dans la trompe, il peut présenter des contractions comme l'utérus.

Le kyste fœtal a des rapports très différents avec l'utérus ; tantôt cet organe est complètement en avant de lui ; tantôt il est refoulé en arriére ; il peut être déjeté à droite ou à gauche. Tantôt le kyste et l'utérus font corps ensemble.

Dans la seconde moitié de la grossesse, on entend les battements du cœur : ce qui vient faciliter le diagnostic. Dans les cas où le fœtus est mort, ce signe n'existe plus ; mais, en revanche, on peut être éclairé par la sensation de crépitation osseuse qui survient 6 ou 7 semaines après la mort du fœtus. Tantôt le liquide amniotique se résorbe et le fœtus se transforme en *lithopédion* ; mais le plus habituellement après la mort du fœtus, le liquide amniotique augmente de volume et améne l'excés de tension et la rupture du kyste. Parfois cette augmentation de volume du kyste se fait d'une manière saccadée.

Dans d'autres cas la grossesse ectopique évolue jusqu'à terme comme une grossesse normale : la femme arrive jusqu'au moment d'accoucher sans avoir rien remarqué d'anormal ; elle éprouve des douleurs comme pour accoucher ; c'est généralement 24, 36 ou 48 heures aprés ce faux travail que le fœtus meurt.

Il n'est point facile d'établir le diagnostic de grossesse ectopique : il faut en effet être certain qu'il y a grossesse et que l'utérus est vide. Dans la première période il est presqu'impossible d'affirmer ce diagnostic : la grossesse peut en effet être confondue avec l'hématocéle et avec la rétroversion de l'utérus gravide. La confusion avec l'hématocéle est d'autant plus facile que ces deux affections se combinent souvent et se compliquent. Dans la seconde période il faut faire le diagnostic avec la grossesse utérine simple et la grossesse compliquée de tumeur fibreuse. Plus tard toutes les tumeurs abdominales peuvent simuler la grossesse utérine. Pour s'assurer que l'utérus est vide, le professeur Tarnier insiste sur la nécessité de pratiquer le cathétérisme utérin avec le doigt ; c'est là un conseil excellent, mais qu'il n'est pas toujours possible de suivre, même en ayant recours au chloroforme, lorsque le col de l'utérus est trés-élevé ou caché derriére la symphyse du pubis.

Quelle est la marche, quels sont les modes de terminaison de la grossesse extra-utérine ? Dans la première période qui commence à la conception pour aller jusqu'au quatriéme mois, on peut observer différents cas : le kyste peut se rompre dès les premiéres semaines, ce qu'on observe surtout lorsqu'il est formé par les parois de la trompe. La rupture du kyste se traduit par une hémorrhagie interne plus ou moins abondante suivant les points où l'hémorrhagie s'est faite. Le fœtus peut être projeté dans la cavité abdominale, le placenta rester en place et la grossesse continue à évoluer. Parfois la rupture de l'œuf intéresse seulement les membranes fœtales : le fœtus meurt et disparaît. Si l'hémorrhagie n'est pas considérable, la femme a une hématocèle et ne meurt pas : le fœtus disparaît. Le cas serait fréquent, d'aprés les recherches de L. Tait. Quelquefois l'hémorrhagie tue la mère rapidement. Dans nombre de cas il n'y a point de rupture de l'œuf ectopié et la grossesse arrive à la deuxième période.

On peut encore observer pendant cette période, des ruptures du kyste, quelle qu'en soit la variété (tubaire ou abdominale) ; mais, lorsque cette rupture se produit, l'hémorrhagie n'est pas moins foudroyante que dans la premiére période. Quand il ne se produit pas d'hémorrhagie grave, il peut y avoir de la péritonite, qui n'est pas toujours mortelle lorsque le fœtus est vivant. Lorsque le fœtus est mort, il peut en même temps être putréfié : par suite de la tension exagérée du kyste, il y a rupture et péritonite mortelle.

La troisième période de la grossesse extra-utérine commence lorsque la femme a ressenti les symptômes du faux travail. Ici encore le kyste fœtal peut se rompre, mais cette complication survient moins fréquemment que dans la première période : on observe des symptômes d'hémorrhagie, puis des phénomènes de péritonite. Dans un cas Braun a vu le kyste se rompre, le fœtus être projeté au milieu des intestins et continuer à vivre. Lorsque la rupture du kyste ne se produit pas, le fœtus étant mort va se putréfier ; le kyste s'enflamme, contracte des adhérences avec les parties voisines et peut se rompre encore dans le péritoine en amenant une péritonite mortelle. Le plus souvent les adhérences des parois du kyste sont assez résistantes et le fœtus va être éliminé peu à peu, morceau par morceau, à travers les différents organes avoisinants (rectum, vessie, intestin, etc.). Cette élimination est fort longue et entraine assez souvent la mort de la femme.

Lorsque le fœtus ne se putréfie pas, il peut se momifier et se transformer en *lithopédion* de deux maniéres différentes : tantôt ce sont les membranes qui sont envahies par les matières calcaires et

le fœtus est ainsi englobé dans un cercueil de pierre. Tantôt les membranes se laissent traverser par les matières calcaires qui peu à peu infiltrent les tissus du fœtus.

Quel est l'avenir réservé aux femmes ayant ainsi un lithopédion ? Un certain nombre le conservent indéfiniment sans éprouver de troubles graves de la santé. Quelques-unes de ces femmes peuvent même devenir enceintes et le lithopédion crée une véritable cause de dystocie. Dans certains cas, le fœtus calcifié détermine l'obstruction intestinale. Ce qu'il importe de retenir, c'est que, même lorsque le kyste fœtal a depuis longtemps subi la transformation calcaire, il peut de nouveau se putréfier et devenir une cause d'accidents les plus graves, alors même que la femme a franchi la ménopause.

Avant d'aborder la question du traitement, le Pr Pinard établit le pronostic de la grossesse en rappelant l'issue des 38 cas de grossesse extra-utérine qu'il a observés, 11 femmes étaient dans la première période : 8 d'entre elles sont mortes d'hémorrhagie grave due à la rupture du kyste, 3 guérirent : chez deux d'entre elles, le fœtus étant mort ne fut pas résorbé, et s'élimina peu à peu par la vessie, l'intestin. Chez la troisième le fœtus mourut vers le quatrième mois et s'enkysta définitivement.

Trois femmes présentaient une grossesse extra-utérine à la deuxième période : elles moururent toutes les trois de rupture du kyste.

Enfin 24 femmes étaient arrivées à la troisième période : 13 moururent d'accidents divers, 11 guérirent. Il importe de remarquer que sur ces 24 femmes, toutes celles qui furent abandonnées à elles-mêmes moururent. Sur les 14 femmes qui furent opérées, trois le furent dans des conditions désespérées et moururent. Parmi les 11 femmes qui guérirent, 8 furent opérées par la laparotomie, 2 par élythrotomie ; chez la dernière le Pr Pinard dut extraire le fœtus par le rectum après avoir pratiqué une céphalotripsie par cette voie. Comme on le voit, la grossesse extra-utérine constitue pour la femme un danger formidable, surtout lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée et lorsque l'intervention est tardive : d'où la nécessité d'agir activement contre elle et de la traiter, suivant l'expression de M. Pozzi, « comme un néoplasme malin ».

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions du Corps médical belge.

La *Caisse* a été fondée en 1870 et elle a commencé à distribuer ses premières pensions en 1880. Elle a réuni plus de 700 affiliés et elle possède un capital qui dépasse 800,000 francs. De nombreuses pensions sont accordées tous les ans et une caisse de secours annexée vient en aide aux malheureux appartenant à la profession, même parfois à ceux qui ne font pas partie de l'œuvre.

Les titulaires actuels sont au nombre de 500 et la caisse des pensions est aujourd'hui à la tête des institutions de prévoyance de la Belgique. Elle recherche la *reconnaissance d'utilité publique* qu'elle n'a pu encore obtenir, malgré tous les services qu'elle a rendus.

Le conseil d'administration a pour président M. le Dr de Windt et le comité directeur se compose de MM. Martin, président ; Wilmart, secrétaire ; Jottrand, trésorier ; Gille, Van Bastelaer, Festraerst et Donkers, contrôleurs.

M. Martin, dans son allocution à l'assemblée générale du 2 octobre 1890, s'étonne que les médecins belges n'aient pas encore adhéré en plus grand nombre ; la caisse a tenu toutes ses promesses ; tous ses calculs ont été justifiés ; la sécurité est absolue. Mais, dit-il, « en présence de ces résultats dus à l'énergie, au dévouement des fondateurs de 1870, peut-on comprendre que les heureux de la profession, les professeurs, les médecins en vue ne soient pas devenus tous honoraires ou participants ? Peut-on comprendre qu'à l'exception du *Scalpel*, du *Journal d'accouchements*, la presse médicale belge ait toujours montré, à l'œuvre, une tiédeur à peu près complète ? »

Nous souhaitons que les vœux exprimés par M. le Dr Martin pour l'avenir de la caisse des pensions se réalisent et que désormais elle trouve les plus chauds patronages. Nous lui adressons nos félicitations, à lui et à ses collaborateurs de la première heure, les Schoenfeld, Goffin et tant d'autres qui ont doté la Belgique d'une institution qui l'honore.

A. C.

Du Médecin : Comment son domaine professionnel s'agrandit de jour en jour (par le Dr *Perron* Imprimerie Jacquin, Besançon 1890).

Nous tenons à signaler le nouvel ouvrage, très suggestif, de notre cher collaborateur.

M. Perron examine le rôle qui est dévolu au médecin dans la Société ; il raconte l'histoire de la médecine en Franche-Comté dès 1670 et après la Révolution ; il étudie l'origine et la diversité des écoles de morale et si la médecine est en possession de principes spéciaux ; il en arrive à examiner si le médecin est prêt à remplir son rôle agrandi. Nous reproduisons ce passage et les conclusions de l'ouvrage.

Les médecins sont-ils préparés à remplir la mission que nous leur supposons réservée ?

La médecine, dans les idées qu'elle professe, n'est nullement en opposition radicale ou systématique avec les enseignements de la philosophie ou de la religion. Elle n'a pas la prétention d'établir ses principes sur le renversement des autres. Elle n'a que faire de démolir.

Elle est appelée, croyons-nous, à être, sinon la plus grande, au moins la plus indiscutée des écoles de morale.

Mais, pour remplir la tâche qui va leur être confiée, les médecins sont-ils préparés ? C'est ce que nous allons examiner.

* * *

Supposons que la loi d'assistance médicale dans les campagnes ait été votée par le parlement.

Nous sommes en 1891 ; le service sanitaire vient d'être organisé dans chaque département, et sur tous les points du territoire on a établi des syndicats de villages pour en former des sections bien circonscrites ; chaque paroisse médicale est déjà pourvue de son titulaire. Tout paraît marcher pour le mieux.

Mais si les médecins ne doivent leur nomina-

tion qu'au choix ou à l'agrément des municipalités, où va être leur sécurité ? Et si leurs fonctions sont révocables, n'est-il pas à craindre que leur indépendance ne soit compromise ?

Non, les médecins ne sont pas prêts !....

Comment s'accommoderont-ils de leur isolement, s'ils restent désunis, rivaux, ennemis peut-être les uns des autres ? Comment pourront-ils résister aux assauts qui leur seront inévitablement livrés par des intérêts inavoués, mais ligués contre eux ? Comment pourront-ils exercer librement leur ministère contre le vice et la gueuserie mis en révolte ?...

Non, les médecins ne sont pas prêts !....

Va-t-on laisser chacun d'eux libre de tonner dans sa chapelle contre qui que ce soit ? maître d'enseigner ce qu'il voudra, comme et quand il voudra, et de se prononcer seul et en dernier ressort sur les matières d'hygiène ou sur les questions professionnelles qu'il aura à traiter ? Sera-t-il comme un petit pape dans son église ?....

Non, les médecins ne sont pas prêts !....

Et si ses actes publics sont attaqués, si son caractère est méconnu et vilipendé, qui le défendra ? Qui le soutiendra ? Qui l'assistera ?.... Est-ce le garde champêtre ? Où trouvera-t-il des appuis qualifiés et autorisés ? Peut-il compter sur l'administration communale ou départementale, qui n'a guère de compétence dans nos affaires ?....

Non, non, mes amis, nous ne sommes pas prêts. L'institution la mieux affermie ne résisterait pas longtemps, si elle restait livrée à une pareille indiscipline et à une aussi complète anarchie.

C'est bien évident.

Voilà pourquoi il y a urgence à constituer les médecins en corps d'état ; puis à leur donner les règles disciplinaires dont toute corporation a nécessairement besoin (1).

* * *

Jusqu'ici on ne nous a confié que la tâche ingrate de panser des ulcères, de redresser des enfants difformes et contrefaits, de restaurer des constitutions décrépites, de réchauffer des existences qui sont à la veille de s'éteindre ; pendant des siècles, au nom du salut de l'humanité, des philanthropes et des savants *utriusque juris*, étrangers à l'art de guérir, ont été les vrais maîtres de l'hygiène en dirigeant l'éducation de la jeunesse, en créant des institutions prétendues sanitaires, en autorisant et en réglementant les jeux, les plaisirs publics, les distractions et les exercices scolaires ; jusqu'ici on nous a laissés à nos malades et tenus presque systématiquement à l'écart de toutes les innovations qu'on proposait et qu'on appliquait en vue d'améliorer les conditions hygiéniques et morales du peuple.

Nous demandons au moins qu'on ne nous impute plus la déchéance et les dégradations physiques de la race dont nous ne sommes en rien responsables ; et nous réclamons — sauf à obtenir au préalable l'investiture dont nous aurions besoin pour opérer utilement — nous réclamons, dis-je, le droit de nous prononcer dans toutes les questions qui intéressent la santé publique.

Et qu'est la santé sans les mœurs ?

D^r. PERRON,
de Besançon.

(1) La nécessité d'organiser les médecins en corps état fait l'objet d'une étude qui sera le complément celle-ci.

M. Perron fait aussi, dans un travail spécial, publié à la même librairie : *La fièvre typhoïde aux Chaprais*, l'historique d'une épidémie récente, due à l'infection d'une source faubourg de Besançon. Nos confrères auront profit et plaisir à en lire la relation.

Nous attendons de M. le Dr Perron l'exposé de ses idées sur l'établissement d'un *Ordre des médecins* et des sanctions que pourraient revêtir les décisions de cette institution si souhaitable.

H. C.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recueil de faits cliniques sur l'origine équine du tétanos.

A M. le Professeur Verneuil.

Eminent maître,

Il y a deux ans environ, à propos d'une série de sept cas de tétanos relatés dans le *Concours médical*, vous vouliez bien m'écrire que cette affection doit être endémique dans ma région, et vous m'engagiez, si le malheur voulait que ma liste s'allongeât encore, à procéder à une enquête minutieuse sur l'origine du mal.

Depuis cette époque, j'ai recueilli trois observations nouvelles, aussi favorables que possible à la cause que vous défendez.

1° Un enfant fut brûlé à l'aine par de la soupe bouillante. Escharre de la peau large comme la main, pansement à l'eau phéniquée. Le 15e jour, apparut le trismus, puis l'opisthotonos. L'enfant succomba trois jours après le début des accidents tétaniques.

Ce petit malade habitait une pauvre maison contiguë à une écurie où il y avait un cheval. Le mur de séparation était percé d'une fenêtre mal close à travers laquelle j'avais senti le vent arriver sur le lit du blessé.

2° Un homme, conduisant sa vache à la foire, avait enroulé la corde autour de sa main. Subitement, l'animal effrayé s'emballe : le malheureux et imprudent conducteur est renversé et traîné par terre jusqu'à l'arrachement du pouce au niveau de l'articulation interphalangienne.

Cet accident eut lieu sur une grande route toujours très fréquentée, surtout ce jour-là, où beaucoup de chevaux allaient à la foire.

Le blessé vint me trouver seulement le 10e jour. La plaie était grisâtre, sans tendance à la cicatrisation. Je la désinfectai avec grand soin ; puis la tête de la première phalange fut réséquée, à cause de la brièveté de la manchette de peau laissée par l'arrachement. Pansement avec la gaze iodoformée.

Cinq jours plus tard, le tétanos éclatait et emportait le malade en trois jours.

Cet homme ne possédait pas de cheval, et il ne paraît pas qu'il ait eu des contacts suspects depuis sa blessure. Mais ne pourrait-on pas comparer le sol de certaines routes à la *terre maudite* de ce jardin dont parle le Dr Pichevin, saturée de fumier pour la culture intensive des légumes ?

3° Un homme employé dans une carrière à

extraire de la pierre reçoit un bloc de granit sur la jambe. Je vis le blessé dans la nuit : il était exsangue, couvert de sueurs froides, avec pouls imperceptible. La partie inférieure du membre, réduite en bouillie, baignait dans une épaisse flaque de sang. J'emmaillotai cette jambe dans la gaze iodoformée, la ouate et un bandage compressif pour arrêter l'hémorrhagie ; injections sous-cutanées d'éther et grogs chauds contre l'hypothermie.

Le lendemain, la température étant remontée à 37°, le blessé me parut en état de supporter l'amputation. Pratiquée suivant la méthode circulaire elle n'offrit rien de particulier ; elle permit seulement de constater l'état athéromateux des artères. Suture de la manchette et pansement avec la gaze iodoformée.

Le jour suivant, violent délire : le blessé veut sortir de son lit et se promener. Comme on avait continué le cognac, j'attribuai cet incident à l'ivresse chez un alcoolique, et par dépêche, car j'étais à 4 lieues de mon malade, je fis cesser l'eau-de-vie. Le délire ne reparut plus.

Le 4e jour, le pansement fut enlevé : la plaie suppurait en partie. Lavages quotidiens à l'eau phéniquée, gaze iodoformée.

Tout marcha bien jusqu'au 10e jour. Alors, je reçus ce télégramme : Mal à la nuque, raideur des mâchoires, grande gêne pour avaler. — Le diagnostic ne laissait rien à désirer. J'accours ; mon amputé était en plein tétanos. 48 heures après, le même télégraphe m'annonçait sa mort.

Mais voici qui est bien plus curieux que tout cela.

Un riche et bienfaisant châtelain du voisinage avait prêté pour l'ouvrier blessé un lit bien garni : c'était la literie du cocher ; on avait même ajouté une couverture supplémentaire : c'était une couverture de cheval ; enfin, tous les matins, le pansement était fait par une religieuse assistée d'un aide qui soutenait le moignon : cet aide, c'était le palefrenier du château. J'espère que c'est complet.

Je m'abstiens de qualifier ma conduite ; mais le lecteur pourra dire que je suis peut-être responsable de la mort de cet homme pour l'avoir laissé ainsi exposé, sans souci de la théorie équine du tétanos, à tant de chances d'infection.

Je vous prie d'agréer, éminent Maître, l'hommage de mes sentiments très respectueux.

Dr Langlais.

Pontivy, 20 nov. 1890.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

9e année. 32e séance.

Séance du 16 septembre 1890.

Le mardi 16 septembre 1890, le Syndicat s'est réuni à l'hôtel de la gare à Fismes.

Après un déjeuner confraternel la séance a été déclarée ouverte à deux heures par le président.

Etaient présents ou régulièrement représentés MM. Bracou, président, Lécuyer secrétaire, Gaillart, Faille, Lefèvre, Delaporte, Pichancourt, Henrionnet, Préaux, Loysel, Bohn, de Chateaubourg, Deligny et Ancelet.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. Faille pose la candidature de M. Van Bunnen, de Jonchery.— Le vote aura lieu à la prochaine séance.

M. Bracou expose que le bureau a arrangé à l'amiable un différend entre deux collègues au contentement de tous, prouvant ainsi l'utilité des Syndicats.

M. Lécuyer, trésorier, rend compte de la gestion de l'année. — Il reste dans la caisse du Syndicat 112 fr.

Les comptes sont approuvés.

La caisse d'assurance contre la maladie va également très bien. — Un confrère a été malade ; sa clientèle a été faite par ses voisins et il a eu une indemnité de 10 fr. par jour ; — quand le terme du 1er octobre sera payé, il restera encore dans la caisse, en comptant les intérêts de la somme placée, environ 1800 fr. Donc, situation prospère ; les comptes sont approuvés.

Déclaration obligatoire des maladies contagieuses. Le secrétaire expose que le projet de loi déposé par le gouvernement sur l'exercice de la médecine contient, dans l'article 17, l'obligation de déclarer à l'autorité publique, dans un délai de 24 heures, les cas de maladies transmissibles et que l'article 27 donne pour sanction à cette obligation une amende variant de 100 à 500 fr.

Il constate qu'il y a en effet urgence au point de vue de l'hygiène publique de cette information officielle obligatoire et que déjà la loi du 3 mars 1822 fait une obligation stricte pour les maladies pestilentielles : choléra, peste, fièvre jaune.

Le 24 septembre 1888 le comité consultatif d'hygiène publique de France a émis le vœu que le médecin appelé auprès d'un malade fût tenu d'en faire la déclaration pour les affections suivantes : choléra, choléra infantile, coqueluche, diphtérie, dysenterie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, maladies infectieuses, puerpérales, maladies septicémiques, peste, rougeole, scarlatine, suette, typhus exanthématique, variole.

L'administration pourrait alors prendre toutes les mesures d'isolement et de désinfection nécessaires.

Mais il y a deux manières d'avertir l'administration. Elle peut être avertie par le médecin ou par les parents.

Le projet de loi sur l'exercice de la médecine nous crée de nouvelles obligations et supprime ce que le corps médical demande depuis si longtemps : la reconnaissance de nos syndicats, et la poursuite de l'exercice illégal comme délit à la requête du procureur de la République, tout cela figurant dans le projet Chevandier.

La loi a écrit que l'inspection médicale des écoles était obligatoire, on invite les médecins à la faire, mais on ne vote aucun subside. Un arrêté ministériel édicte que la revaccination sera obligatoire dans toutes les écoles primaires à partir de 10 ans et on ne vote aucun fonds.

Morale. — On charge toujours le médecin et on ne lui donne rien en compensation.

Dans ces conditions, il propose au syndicat de voter la déclaration obligatoire par les parents. — Pour les maladies contagieuses des bestiaux, ce ne sont pas les vétérinaires qui font la déclara-

tion obligée, mais les propriétaires des animaux. Nous demandons que, par analogie, ce ne soit pas le médecin, mais l'entourage du malade qui soit obligé de faire la déclaration des maladies contagieuses.

Après une longue délibération, le Syndicat émet les vœux suivants à *l'unanimité* :

1° Considérant que le projet de loi déposé par le gouvernement est insuffisant et ne répond que très imparfaitement aux justes revendications du corps médical ; qu'il ne pouvait guère en être autrement, étant préparé par des hommes en qui le corps médical a la plus grande confiance comme savants, mais qui ignorent absolument les besoins des médecins des petites villes et des campagnes qui font en somme la masse des praticiens; que le Concours Médical avait préparé un projet bien plus en harmonie avec nos besoins ; le Syndicat émet le vœu que le Dr Chevandier et les autres médecins députés reprennent lors de la discussion publique le susdit projet comme amendement.

2° Considérant que la déclaration obligatoire par le médecin des maladies transmissibles est encore une charge de plus; que la déclaration néanmoins doit être faite au point de vue supérieur de l'hygiène publique, le Syndicat émet le vœu que ce soient les parents ou l'entourage du malade qui soient tenus à cette déclaration sous les peines édictées à l'article 27. Le médecin dans ce cas pourrait tirer un reçu de l'avertissement donné aux parents.

3° Le Syndicat décide en outre que ces vœux soient renvoyés à l'Union des Syndicats.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

Président: M. WOIMANT (Soissons) ;
Vice-président: M. GAILLART (Hartennes) ;
Assesseurs: MM. FAILLE (Fismes); MANICHON (Oulchy-le-Château) ;
Secrétaire trésorier: M. LÉCUYER (Beaurieux).

M. Bracou est nommé président honoraire.

MM. Ancelet et Lécuyer sont délégués à la réunion de l'Union des Syndicats.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire perpétuel,
Dr. H. LÉCUYER,
Beaurieux (Aisne.)

REPORTAGE MÉDICAL

On a établi, en Russie, une *Association mutuelle* entre médecins. Cette Société se promet d'établir un tribunal d'honneur pour surveiller l'exercice de la médecine et réprimer les actes contraires à la dignité ou à l'honneur de la profession. Nous ne savons quelle sera la sanction, en Russie, de ce tribunal; mais, en France, nous ne voyons pas, à notre grand regret, où on pourrait la trouver.

— Enfin, M. *Ginain*, l'architecte qui a dépensé, à peu près en pure perte, tant de millions pour la *Faculté de médecine et l'Ecole pratique*, vient d'être remplacé, à la suite d'une interpellation, à la Chambre, le 21 novembre, de M. le Dr *David*, député des Alpes-Maritimes. M. *Liard* a promis que le nouveau titulaire, allait, dans les deux mois, installer enfin la nouvelle bibliothèque. On verra bien si, persuadé que, comme M. Ginain il ne sera pas inamovible, l'architecte officiel fera de bonne besogne. M. Ginain lègue à la Faculté des locaux dont le chauffage seul coûtera *cent mille francs* au budget. Remarquons que ce chauffage est d'autant plus vicieux qu'il coûte plus cher.

— M. L. *Le Bœuf, Président du syndicat des Pharmaciens des Basses-Pyrénées*, adresse aux députés de son département une lettre pour combattre la loi *d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques* ; il fait valoir contre elle nombre d'arguments : il trouve injuste d'imposer les pharmaciens, et non *tout produit ou objet déposable dont le fabricant réclame la propriété exclusive*. Il estime qu'un impôt sur les spécialités est un *impôt sur les malades*, puisque sûrement ceux-ci en supporteront le poids en définitive et que, d'ailleurs, imposer un remède secret, par exemple, c'est en reconnaître la légalité. Sa conclusion, à laquelle il n'y a pas d'objections à faire, est qu'il serait préférable, *si l'on reconnaissait la nécessité de prendre des mesures contre les remèdes secrets, d'attendre la revision des lois qui régissent la pharmacie* et de renoncer à un impôt qui blesse l'équité. Est-il équitable, en effet, d'imposer une spécialité hygiénique préparée par un pharmacien, lorsqu'on l'exemptera si elle est préparée par un parfumeur ?

— Le vendredi 28 novembre, a eu lieu, sous la présidence de M. Carnot, la séance solennelle de l'association des dames françaises, au Continental. M. le Dr Duchaussoy, l'éminent fondateur de l'œuvre, a constaté les services et la prospérité de l'association. Nous lui souhaitons la continuation de ses succès.

— De graves accusations ont été portées contre deux médecins militaires par l'*Echo de Paris*. Il s'agirait d'actes d'inhumanité auxquels on ne peut croire. Une enquête a été ordonnée par le Ministre de la guerre. — La situation du médecin militaire dépourvu d'autorité *directe* sur ses subordonnés est difficile en bien des circonstances ; mais en tout cas il est indispensable que les intérêts du soldat malade soient sauvegardés.

— Voici les propositions de M. Strauss, au conseil municipal :

1° Suppression du concours de l'Externat.

2° Choix des internes ou plutôt des assistants (docteurs en médecine) par les chefs de service.

3° Nomination des chefs de laboratoire pour démontrer et enseigner dans les hôpitaux l'anatomie pathologique, la bactériologie, la propédeutique, la thérapeutique, etc.

4° Nomination des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux « non plus au moyen de concours illusoires ».

5° Enfin création d'une école pratique des hôpitaux.

— A propos de costumes officiels dont il est beaucoup question :

La plupart des médecins ignorent probablement qu'ils ont le droit de porter un costume, et que ce costume est des plus beaux et des plus riches, et bien autrement distingué et solennel que celui des membres de l'Académie.

Il existe un décret du 20 brumaire an XII, qui n'a jamais été abrogé, qui a force de loi et qui permet aux simples docteurs de porter un habillement de cérémonie.

Voici l'article 2 de ce décret :

« Les simples docteurs en médecine, lorsqu'il seront invités à quelque cérémonie publique et lorsqu'ils prêteront serment devant les tribunaux pourront porter le costume qui suit : robe noire d'étamine avec dos et devant de soie cramoisie brodée d'hermine, habit noir à la française, cravate de batiste tombante, toque en soie cramoisie avec galon d'or. »

Coquet, n'est-ce pas ? Qui va commencer ?

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Procédé de destruction des tatouages.

M. le Dr *Variot* a fait connaître à la Société de biologie, le 21 janvier 1888, le procédé suivant qui lui a donné de bons résultats :

1° Répandre sur la peau tatouée une solution concentrée de tanin ;

2° Faire ensuite des piqûres serrées sur toute la surface de la peau qu'on veut décolorer ;

3° Et frotter les parties avec un crayon de nitrate d'argent.

Il se forme une eschare qui se d tache au bout de 14 à 18 jours : le derme et l'épiderme sont séparés au-dessous et l'on aperçoit, à la place du tatouage qui est tombé avec la croûte, une cicatrice superficielle rougeâtre. P. L.

(*Revue des Sociétés médicales*), 15 avril 1889.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Manuel du Candidat aux divers grades et emplois de Médecins et Pharmaciens de la Réserve et de l'Armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié. Paris, Société d'éditions scientifiques, in-12, 585 pages ; 5 fr.

« Aujourd'hui que tout Français doit le service militaire personnel jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, il faut que chacun sache ce qu'est l'armée et quel rôle il doit remplir dans ses rangs. Spécialement en ce qui concerne les médecins et les pharmaciens, qui doivent toujours y être employés comme membres du corps de santé, du moins en temps de guerre, quelques connaissances militaires sont d'autant plus indispensables qu'arrivés à certains grades, ils peuvent être chefs de service, soit dans un corps de troupe, soit dans un hôpital, et que, comme tels, ils n'ont pas seulement à faire acte de direction et de commandement dans certaines fonctions sanitaires vis-à-vis des officiers et des troupes de santé qui les desservent. Ils doivent donc connaître l'organisation et le fonctionnement du service de santé, ainsi que les droits, devoirs et attributions des membres de son personnel dans les diverses situations qu'il peut occuper à tous les degrés de la hiérarchie. »

L'ouvrage du Dr Bouloumié traite toutes ces questions avec beaucoup de clarté et de netteté. Des notions d'hygiène militaire le terminent ; l'auteur y passe en revue les maladies *simulées* et *dissimulées*, il s'occupe aussi de la chirurgie de guerre.

Nous croyons que cet ouvrage très complet et très clair est appelé à rendre les plus grands services aux candidats aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale. *Il répond d'ailleurs exactement au programme des examens obligés pour être nommé ou pour monter en grade.*

— *Rabelais Médecin*, écrivain, curé, philosophe, par Eugène Noël, belle édition elzévirienne ornée d'un portrait inédit gravé à l'eau forte par A. Esnault. Prix : 3 fr.

Cette remarquable édition, due à la plume d'un érudit, sera tout à fait à sa place dans la bibliothèque du praticien et du pharmacien.

Aux amateurs photographes.

Nous indiquons les trois Livres suivants qui forment une bibliothèque complète pour la somme totale de 8.75. Ils leur éviteront bien des pertes de temps, bien des mécomptes et aussi, oserons-nous le dire, beaucoup de plaques gâchées.

I. *La Photographie de l'Amateur débutant*, par Abel Buguet, professeur agrégé des Sciences physiques et naturelles, un joli volume in-18 de 60 pages avec 41 fig. intercalées dans le texte. 1 fr. 25.

II. *L'Atelier de l'Amateur*, par J. Fleury-Hermagis, ingénieur-opticien, un volume in-18 de 70 pages, avec figures dans le texte. 1 fr. 50.

Apprend l'orientation, les dimensions, l'éclairage, les jeux de rideaux combinés, le recul, les réflecteurs, etc, etc.

III. *Traités des Excursions photographiques*, 3me édition, par MM. Rossignol et Fleury-Hermagis, un beau volume in-18 jésus, 500 pages, 44 figures dans le texte, couverture en deux couleurs, frontispice de Fraipont. Prix : 6 fr. Remise de 20 % sur tous ces prix à MM. les membres du « *Concours Médical* ».

Les Courants continus en Gynécologie, Outillage, Technique, Effets physiologiques, par les Drs G. Apostoli et G. Gautier. — In-8°, 1890. — Maloine, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain. — Prix : 1 fr. 50.

Misères nerveuses. — Aucun volume n'est plus actuel et n'intéresse plus de monde que le livre que M. le docteur Monin publie sous ce titre chez Ollendorff. Le docteur Monin, l'hygiéniste populaire bien connu, a su rendre aussi attrayant que littéraire son lumineux exposé des maladies de l'esprit et des défaillances du système nerveux. « Nous entreprenons de vulgariser, dit notre aimable confrère dans un avant-propos, l'exacte description des maladies du système nerveux et de la mentalité humaine. » C'est, croyons-nous, la première fois qu'un livre de cette nature ne cherche point ses lecteurs exclusivement parmi les médecins. La sincérité et le désir d'être utile, qui ont fait le succès de ses précédents ouvrages, se retrouvent à chaque page du nouveau livre du docteur E. Monin. A tout lecteur soucieux de sa santé et de celle de ses proches, nous recommandons ce remarquable volume qui vous captive comme le plus palpitant des romans.

L'Hygiène des Sexes, par le Dr E. Monin, secrétaire de la Société française d'Hygiène. Prix : 4 fr.

Le Dr Monin vient de publier un ouvrage remarquable, contenant les préceptes sanitaires les plus indispensables chez l'homme et chez la femme. On peut dire que M. Monin est l'écrivain le plus aimé du public. Il est l'intermédiaire agréable et même nécessaire entre les hommes du monde et les hommes de science.

Les descriptions que l'on trouve dans l'hygiène des sexes portent toutes un cachet scientifique non dépourvu de forme littéraire.

La physiologie intersexuelle est complètement traitée dans cet ouvrage, et l'auteur a été évidemment préoccupé par la pensée de ne rien omettre sur l'hygiène spéciale de la femme.

Le livre de M. Monin est certainement le plus complet sur cette matière. Nous lui prédisons un grand succès, auquel notre sympathique confrère a les droits les plus légitimes.

Traité du Pied Bot, par E. Duval, lauréat de l'Académie des sciences (Institut de France), médecin en chef de l'institut orthopédique et hydrothérapique de l'Arc de Triomphe. Préface du docteur Péan, chirurgien de Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, avec 44 figures intercalées dans le texte. Prix : 6 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Robert Koch et sa découverte

M. Robert Koch voulait dire son secret ; le ministre de l'instruction publique l'en a détourné.

« Je crois que la patrie peut s'estimer heureuse de pouvoir revendiquer un fils tel que Koch », telle a été la péroraison de M. Von Gossler.

M. Koch est le fils de ses œuvres ; ses œuvres lui appartiennent ; mais elles appartiennent aussi aux savants ses compatriotes et aux savants étrangers qui, par leurs travaux, lui ont ouvert la voie dans laquelle il a tracé son profond sillon.

Le monde médical assiste, en ce moment, à un spectacle bien nouveau, l'expérimentation dans le monde entier d'un *remède secret*. Ce spectacle est étrange et M. Koch a une singulière bonne fortune. Ses travaux antérieurs, la haute tenue de son passé scientifique, lui ont fait une situation unique : il affirme avoir trouvé le remède de la *tuberculose*, le fléau qui enlève le septième de la population de la terre, et de suite on fait le plus large crédit à son affirmation. En son nom, avec son assentiment, l'Etat prussien vient dire : Médecins, voici la plus grande découverte qui ait jamais été faite ; nous la possédons et nous allons la tenir secrète, nous allons ouvrir nos *comptoirs de vente* ; (c'est le ministre von Gossler qui parle) ; nous allons exploiter le remède en garantissant sa pureté ; nous allons le fabriquer en grand, *sous notre responsabilité* ; il sera propriété nationale.

Certes la voie dans laquelle on entre en Allemagne est nouvelle et étrange. Jusqu'à ce jour, dès qu'un savant découvrait un spécifique, le sulfate de quinine, le vaccin de *Jenner*, etc., il en faisait part à tous ; il indiquait la préparation et le mode d'emploi ; il livrait sa découverte au libre contrôle, à la critique de tous les hommes de science et grâce à ce contrôle, à cet examen, le remède était consacré, ou réduit à sa juste valeur.

Et alors qu'il s'agit d'une maladie terrible, de la *tuberculose*, on change les errements, on ne se contente plus du *titre de bienfaiteur de l'humanité* ; on tient un autre langage.

Sous prétexte d'empêcher la spéculation, on en fait une en *Allemagne*. On veut que l'immense courant *des malades affolés* qui s'est déjà établi vers *Berlin*, ne puisse être détourné ; on parle d'y créer, sans égards pour un climat redoutable, de grands établissements consacrés à la cure de la *tuberculose*, où les malades du monde entier viendront subir les inoculations du précieux remède.

Eh bien ! A cette thérapeutique occulte, à cette main-mise sur la découverte annoncée et que, nous l'espérons du moins, vérifiera le contrôle de l'expérience, nous préférons de beaucoup les habitudes scientifiques consacrées par l'usage.

M. Koch aurait dû céder à son premier mouvement, le bon ! Il avait promis de divulguer sa méthode, il aurait dû tenir sa promesse, afin que, jugé par ses pairs, dont il a sûrement utilisé les recherches, il pût marcher fièrement, au milieu des acclamations de tous, à de nouvelles conquêtes thérapeutiques.

M. *von Gossler* par malheur, sous des prétextes spécieux, a été son mauvais génie ; les déceptions de l'avenir le prouveront. Il lui a fait redouter les dangers d'une adultération de sa lymphe et de l'emploi charlatanesque du remède ; les abus sont inévitables et ils se produiront, ils se sont déjà produits à Berlin ! Le savant a cédé et prêté dès lors une oreille complaisante à des arguments d'un ordre inférieur.

M. Robert Koch fait à ses collègues, les *Pasteur*, les *Lister*, une situation singulière ; il les met dans une bien curieuse attitude. Quelle différence va-t-il y avoir entre eux, la seringue à la main, pour l'expérimentation de son remède secret, et les vulgaires guérisseurs ? Vous aviez, M. Koch, une conduite plus noble à tenir. Votre découverte révélée dans tous ses détails, n'auriez-vous pas préféré voir vos émules et leurs savants collaborateurs, s'atteler après vous et avec vous à la tâche humanitaire qui est la leur comme la vôtre, étendre les applications de votre découverte à d'autres mala-

dies, et lui donner ainsi une portée plus grande.

Nous terminerons par une question :

Monsieur le professeur Koch : les travaux des savants qui vous ont précédé et guidé dans votre carrière, vous ont-ils servi, oui ou non, pour mener à bien votre découverte ?

Si oui, vous devez la divulguer. Si vous disiez non, aucun homme de science, quelle que soit sa patrie, ne pourrait vous croire (1).

A. Cézilly.

Après les observations que nous venons de présenter à nos lecteurs, il est indispensable de publier in-extenso, le texte du discours prononcé par M. von Gossler au Parlement prussien en réponse à une interpellation du député Graf et publié par le *Bulletin médical*, dans son nº du 1er décembre :

M. von Gossler, ministre de l'instruction publique :

Vous connaissez le rapport fait par M. Koch, le 4 août dernier. Il pensait que ses découvertes, au sujet du bacille de la tuberculose pouvaient avoir des résultats thérapeutiques importants. Empiriquement, il était possible de rencontrer un médicament capable d'arrêter la tuberculose, mais dans une recherche scientifique vraiment logique, il fallait faire les trois découvertes suivantes : 1º trouver une substance capable de tuer les bacilles dans les cultures ; 2º essayer cette substance chez les animaux, et 3º l'expérimenter chez l'homme.

M. Koch avait déjà trouvé un grand nombre de substances tuant les bacilles dans les cultures. Les espérances qui s'élevèrent alors dans l'esprit de ses auditeurs, tombèrent aussitôt quand il annonça que de toutes ces substances aucune n'avait eu d'action sur les tuberculoses des animaux. Mais il ajouta, en terminant, que par une autre série de recherches, il avait trouvé une substance capable de rendre les animaux réfractaires, et même d'arrêter ou du moins de ralentir l'évolution de la tuberculose chez les animaux inoculés.

Cette phrase retentit comme un coup de foudre dans tout l'univers, qui dès lors eut les yeux fixés sur la personne de Koch. L'auteur s'est soustrait immédiatement par un voyage à l'attention dont il était l'objet, et il attendit la fin du Congrès pour reprendre ses expériences et faire des essais sur l'homme. Ces essais furent faits en secret, et sous son contrôle personnel et immédiat, à la Charité. Vous en avez appris les résultats par les communications de MM. Fraentzel et Kœhler. Puis, il fit sur lui-même une expérience qui prouve une résolution d'autant plus grande qu'elle aurait pu avoir la mort pour conséquence. Il s'est injecté une dose qui dépassait de 5 centigrammes la plus forte qui avait été injectée aux malades. Il en a éprouvé des effets tels qu'il a conseillé de commencer par les doses les plus faibles et non par des doses supérieures.

Il s'adressa alors à M. Brieger, le savant bien connu. C'est M. Brieger qui lui fit connaître un homme dont le nom a paru bien souvent dans les journaux de ces derniers temps, le docteur Lévy. Je dois dire que M. Koch n'a eu qu'à se louer de l'habileté et du désintéressement de ce collaborateur, tout le temps qu'il a dû expérimenter dans sa clinique. L'intervention personnelle de M. Koch dans cette clinique n'a pas continué après ces recherches préliminaires. Il faut signaler, en outre, que les malades reçus dans cette clinique paient 1 mark 75, le même prix que nous demandons à la Charité, et même un ancien étudiant y a été reçu gratuitement, sur le vœu de M. Koch.

Les autres collaborateurs ont été M. Cornet, dont les travaux sur la phtisie sont fort appréciés ; M. Dengel, dont la clientèle est très nombreuse et qui est un ami de M. Pfuhl. Dès lors les découvertes pouvaient être annoncées en partie.

On voyait, en effet, dans les journaux des notes inexactes qui pouvaient faire croire, espérer, peut-être, que la découverte annoncée par Koch le 4 août était déjà brisée comme verre. J'attendais néanmoins patiemment. Le 24 octobre, M. Koch fit savoir à mon conseiller, M. Althoff, qu'il avait un spécifique contre le bacille tuberculeux. Il pensait ne plus pouvoir conserver sa place de président de l'Institut d'hygiène, car ses recherches l'entraînaient dans une autre direction, et il demandait à quitter le service de l'Etat. Ceux qui ont, comme moi, l'honneur de connaître M. Koch comprendront cette délicatesse. Je répondis, comme je fais en pareil cas, que quand un savant d'ordre supérieur est arrivé à un point de ses recherches où il a besoin de toute la concentration de ses forces pour terminer ses travaux, le devoir de l'Etat est de lui donner des loisirs et de lui fournir tous les moyens possibles. (*Applaudissements.*) Il existe un grand nombre de nos chercheurs auxquels, avec une approbation supérieure, j'ai, depuis deux ou trois ans, donné les mêmes facilités.

Le 29 octobre la démission de M. Koch était acceptée, et M. Esmarch fut nommé à sa place. La sortie de M. Koch fut un véritable événement. Le même jour, je crois, je vis M. Koch, il se déclara prêt à dévoiler les derniers faits qu'il savait. Mais je l'ai prié de ne rien me dire, parce que, malgré moi, je pourrais commettre des indiscrétions qui pourraient être plus nuisibles qu'utiles. Je dois dire qu'à ce moment il était prêt à publier ses résultats, et qu'à aucun moment aucune pensée n'est entrée dans son âme, qui n'eût un fondement purement scientifique et idéal. (*Applaudissements.*)

Il a été décidé au ministère d'Etat de fournir à M. Koch toute l'installation nécessaire pour lui permettre actuellement et pour l'avenir de continuer ses travaux et de les étendre à des sujets voisins. Il pensait avoir besoin d'une clinique — au besoin, à l'intérieur d'un grand hôpital — pour étudier le traitement d'autres maladies infectieuses. Je lui offris la Charité, mais il crut plus simple d'avoir, dans le lazareth en baraques de Moabit, trois baraques de cent cinquante lits, ce qui lui ferait environ de 400 à 500 malades. Je lui offris, en outre, de se servir des cliniques universitaires prussiennes pour ses recherches ultérieures sur le traitement de la tuberculose. Il ne crut pas en avoir besoin.

Quant à l'annonce de la découverte au monde savant, je pensais qu'il fallait la faire de telle sorte qu'aucun doute ne subsistât ; je tenais à montrer, qu'en Prusse du moins, ces grandes découvertes sont dues à l'organisation du haut enseignement et des recherches dans les Universités. Nous devons empêcher que dans nos cliniques la spéculation paraisse se mêler aux expérimentations scientifiques.

J'ai mis à la disposition de M. Koch la clinique chirurgicale de M. Bergmann (avec l'assentiment de celui-ci) pour essayer le traitement sur les tuberculoses chirurgicales. C'est le 6 novembre que les expériences y ont commencé. Vous savez avec quel empressement les médecins étrangers y sont accourus.

Reste maintenant à accomplir le vœu de M. Koch. Je m'en suis occupé avec M. le ministre des finances, et, à ma grande joie, j'ai constaté que mon collègue entrait absolument dans mes vues, et que le ministère d'Etat prussien considère comme un devoir d'honneur de soutenir M. Koch dans ses recherches aux frais de l'Etat. (*Applaudissements.*) Je me suis entendu également avec la Charité, et notre programme est prêt.

Le 7 novembre, je me suis entretenu avec M. Koch de sa publication. Koch avait encore l'intention de dire sans la moindre réticence tout ce qu'il savait.

Mais, de notre discussion, il ressortit qu'il devait se garder de dire ce qui garantirait plus tard une fabrication efficace du médicament. Il pourrait dire avec quelles substances il fabriquait sa lymphe, il pourrait même décrire sa méthode ; quant au procédé, cela

(1) Voir au *Reportage*, les opinions de M. Koch sur les remèdes secrets, exhumées par M. *Henri Huchard*.

n'était pas possible. Et pourtant la méthode est si délicate que M. Koch pense qu'un travailleur exercé mettra six mois à s'y familiariser. D'autre part, il était important de pouvoir contrôler l'efficacité du médicament. Koch a déclaré qu'il lui était impossible de décider d'après les procédés chimiques qu'une préparation faite en apparence avec les éléments véritables, avait les effets curatifs. La perte d'argent serait la moins importante, mais des milliers d'hommes pourraient payer de leur vie des entreprises de charlatans. La méthode, d'ailleurs, pourrait être compromise.

J'ai pris devant le monde la responsabilité de ces décisions, et je dégage complètement la responsabilité de M. Koch. C'est moi qui lui ai demandé de taire tout ce qui pourrait prêter à une contrefaçon. (*Approbation*).

Enfin, Messieurs, le 13 novembre, eut lieu la communication de M. Koch.

Déjà le 7 novembre, j'ai déclaré à M. Koch qu'il y aurait beaucoup à faire par la suite, que Berlin n'aurait pas assez d'hôtels, ni les chemins de fer assez de wagons pour la foule des malades. Je lui demandais s'il ne serait pas possible de fabriquer son médicament en grand. Une méthode de fabrication en grand n'existe pas encore. Jusqu'à présent on ne le produit que dans des tubes à expériences.

Le médicament est obtenu par des procédés de chimie organique qui paraissent devoir apporter une grande lumière dans cette science encore un peu obscure. La méthode de préparation semble devoir être applicable aux autres maladies infectieuses produites par des végétaux ou des animaux microscopiques. M. Koch pense que ses recherches apporteront de grands éclaircissements dans l'étude des dissolutions d'albumine.

Le médicament est encore un remède secret, mais il a fait suffisamment ses preuves pour que tout médecin instruit soit persuadé de son efficacité, et le remède peut entrer dans le trésor de la thérapeutique. Il est à désirer qu'il soit employé dans des cliniques officielles, ou dans des établissements particuliers dirigés d'une façon scientifique, et qu'il ne puisse arriver aux policliniques de certains charlatans qui se rencontrent dans quelques rares villes..................

Le médicament n'a pas d'effets secondaires nuisibles (1). Pour les récidives, l'on ne peut encore rien dire, les observations étant encore trop récentes. Quant à l'effet vaccinatoire sur les animaux, je n'en parle pas pour le moment, mais il aura une grande importance pour l'hygiène. Je ne puis à ce sujet vous communiquer les faits que m'a signalés M. Koch. J'aurai d'ailleurs à vous en entretenir plus tard.

Occupons-nous maintenant du médicament en lui-même, et des vœux exprimés par M. Koch pour ses expériences ultérieures..

Ici se pose une question : « A qui appartient le médicament, quel est son propriétaire intellectuel ? »

Il n'est pas douteux un instant, pour moi, que le propriétaire intellectuel du médicament est le professeur Koch.

Lorsqu'un maître, grâce à ses recherches, a découvert un médicament quelconque, nous n'avons jamais, à l'administration de l'instruction publique de Prusse, cru que nous pouvions élever quelques prétentions à la propriété de cette découverte en faveur du fisc. De cette manière de voir découle toute une série de conséquences, desquelles il résulte qu'il ne m'appartient pas d'exercer une action officielle sur la préparation et la distribution du médicament. Mais les rapports de confiance que j'ai toujours eus avec M. le professeur Koch (qu'il me soit permis de l'en remercier) m'ont donné le droit d'intervenir dans cette affaire. Nous avons bientôt reconnu que, malgré les soins apportés, l'affluence et le manque de discipline des malades seraient tellement grands qu'il en résulterait un désordre évident.

Aussi avons-nous convenu que le remède serait tout d'abord distribué aux cliniques et aux établissements de l'Allemagne dans lesquels les poitrinaires seront traités suivant les principes scientifiques. Puis il sera donné aux cliniques étrangères et enfin aux médecins dont la science inspirera confiance à M. Koch. Il n'en a pas été ainsi jusqu'ici. M. Koch est un homme; il a aussi des nerfs, et il a eu à subir un tel assaut qu'il aurait eu le droit de demander protection à la police. (*Mouvement.*)

J'ai cru qu'il était de mon devoir de faire en sorte que le remède fût employé dans nos cliniques d'une façon régulière et que l'on y fît des démonstrations pour le bien général de l'humanité.

Dans la clinique chirurgicale royale, il y a déjà 70 malades (plus de 100 si l'on tient compte des recherches de M. Bergmann), qui permettent de tirer des conclusions au point de vue de la tuberculose chirurgicale dont les cas sont très nombreux.

Il n'y a rien de si noble et de si pur qui ne donne prise aux soupçons. Aussi, n'a-t-on pas manqué de demander s'il ne s'agissait pas d'un remède exclusivement réservé aux gens riches, mais non destiné aux pauvres. Je puis certifier que les pauvres ont été admis dans toutes les cliniques royales. M. Bergmann a donné aux tuberculeux tous les lits libres qui ont pu être mis à sa disposition.

Le plus grand nombre des autres malades paient 1 marck 75, et ceux qui sont plus aisés paient la faible somme de 2 marcks 50, *4 marcks 50 ou 5 marcks*. Il en est de même dans les autres cliniques. Celle de M. Gerhardt contient à elle seule 18 malades atteints de tuberculose laryngée. Si vous examinez à quelle classe sociale ils appartiennent, vous verrez que ce sont tous des ouvriers et des gens de professions manuelles.

Dans notre clinique de l'Université, on fait actuellement, comme je l'ai dit, des démonstrations quotidiennes. Aujourd'hui elles avaient lieu en anglais; avant-hier c'était en français. On a demandé à chacun plus que l'on ne saurait dire. Deux assistants sont déjà malades, et nous craignons vraiment que les forces des autres ne deviennent insuffisantes.

La fabrication de *la lymphe* de Koch est dirigée par son ami, le Dr Libbertz et par son gendre le médecin-major Pfuhl; elle se fait dans un établissement situé Lueneburgerstrasse, n° 28. Les savants qui sont chargés de cette fabrication ne s'occupent absolument pas d'employer le remède dans la pratique, sauf peut-être M. Libbertz, qui l'a appliqué dans quelques cas d'une façon gratuite. Des offres inutiles ont été faites à M. Pfuhl. Il les a repoussées et a consacré toute son activité à la clinique chirurgicale où il a fait les recherches dont il a été question.

Pendant que nous parlons d'argent, je vous dirai encore que 5 grammes, c'est-à-dire 5 *centimètres cubes* de ce remède, qui nécessite six semaines de travaux, sont donnés pour la somme de 25 marcs. Le flacon contient 500 injections de un centigramme, qui est à peu près la dose maximum employée jusqu'ici; chaque injection coûte donc 5 pfennigs. Le traitement d'un phthisique coûte actuellement un marck. Vous voyez donc que cette thérapeutique ne peut nullement être influencée par la question d'argent. Vous comprenez aussi que l'on ne peut pas toujours répondre aux sollicitations des médecins qui ne dirigent pas un établissement hospitalier.

Quand je suis entré dans la salle des séances, M. Cornet, je crois, m'a prié de répondre aux attaques faites contre plusieurs médecins et de dire ici qu'il n'a jamais demandé ou reçu des honoraires approchant de ceux dont il a été question dans les journaux. Pour la première consultation médicale, dans laquelle il exa-

(1) Voilà une affirmation injustifiable. Quand on a injecté dans l'organisme une substance toxique capable de déterminer les effets immédiats des virus les plus violents, qui pourrait affirmer, à moins d'avoir suivi les malades pendant plusieurs années, qu'on ne constatera pas un jour chez eux quelques-unes de ces conséquences lointaines que nous savons pouvoir être le résultat de maladies bien moins virulentes (scléroses du myocarde, des vaisseaux, des reins, du foie, des centres nerveux, telles qu'on les observe plusieurs années après la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, l'érysipèle, etc.) ? P. L. G.

mine les organes internes les plus difficiles à explorer, M. Cornet demande de 10 à 30 marcks. Il demande, en dehors de la clinique, pour le reste du traitement de 10 à 20 marcks, y compris les badigeonnages du larynx et les opérations galvano-caustiques.

Ces prix sont si minimes qu'il se croit en droit de pouvoir les élever encore; mais je puis assurer qu'il m'a déjà dit antérieurement que, considérant Koch comme son ancien élève et collaborateur, il se tient pour obligé d'employer dans l'intérêt des pauvres l'argent qu'il reçoit des riches. Je l'ai confirmé dans cette disposition. Je crois que c'est le devoir d'un médecin vertueux d'employer au service de l'humanité ce qu'il prend aux riches en sus de ce qui est nécessaire. Il m'a assuré qu'il traitait gratuitement chaque jour de 50 à 60 pauvres, et il ne demande aucune rémunération ni pour les injections ni pour les instruments; et cependant les seringues se brisent très facilement. Je pourrais citer encore d'autres exemples de désintéressement. Mais je n'insiste pas.

Le second point et le plus difficile, dont j'ai dû me préoccuper, est l'établissement dont a parlé M. Graf, pour la fabrication et la distribution du remède. La difficulté réside principalemnnt en ceci que l'on n'a pas encore trouvé une méthode pour le fabriquer en grand. Il faut environ six semaines pour le produire. M. Libbertz le fabrique et M. Pfuhl en fait l'essai. La fabrication seule ne peut donner la certitude de l'efficacité du remède. On n'en livre aucune quantité sans l'avoir éprouvé sur des animaux suivant une méthode déterminée par Koch. Il faut pour cela au moins trois expériences sur les animaux. Si dans une de ces expériences, la réaction ne survient pas absolument suivant le mode indiqué par les recherches antérieures, le remède expérimenté est rejeté. Aussi est-il impossible de laisser sortir des mains de Koch et de son contrôle personnel la fabrication de sa lymphe.

Une autre difficulté est relative à la vente, et dans les nombreuses entrevues que j'ai eues avec Koch, je suis arrivé, à ma grande joie, je puis le dire, à faire du remède une propriété nationale, si je puis m'exprimer ainsi. (*Applaudissements.*) Il faut, j'en ai la conviction, n'avoir ni cesse ni repos jusqu'à ce que le remède soit dans les mains de l'Etat. Et même si l'on n'arrive pas à en augmenter la production aussi rapidement qu'il serait nécessaire, le monde entier, je crois, sera rassuré en voyant l'Etat prussien garantir l'authenticité du produit (*Approbation.*). Dès que la séance actuelle sera terminée nous aviserons à résoudre cette question. L'état actuel n'est que provisoire.

Je compte sur l'aide du ministre des finances pour fonder enfin un établissement que *l'on puisse* regarder comme relativement suffisant. Cela n'est pas si facile qu'on le croirait. Pour la fabrication en grand, il faut avoir un appareil à vapeur pour la stérilisation; jusqu'ici dans la fabrication, il n'y a eu aucune division; mais il faut organiser la partie administrative et un comptoir qui s'occupera de la vente du remède. Cela pourra être organisé dans le courant du mois, mais il faut donner au public la certitude qu'il existe ici une administration qui ne peut absolument pas être liée par des considérations financières ou autres.

Ce sont là des regards jetés sur l'avenir. Le présent est ce qu'il y a de plus difficile. Voici comment Koch voudrait que se fît la vente du remède :

Il tient beaucoup à ce qu'on le centralise dans de grands établissements où on soignerait les tuberculeux. Dans ces établissements, on s'entourerait, autant que possible, des meilleures conditions hygiéniques. On y créerait un service de recherches bactériologiques appliquées au contrôle des résultats cliniques obtenus.

Autant que possible, une policlinique existerait dans ces grands établissements et les médecins qui traiteraient les malades en ville viendraient s'y approvisionner de lymphe et s'instruire sur la façon de l'employer. Enfin Koch insiste beaucoup pour que dans tous les grands centres de population il y ait des établissements pour soigner gratuitement les pauvres.

Je ferai remarquer encore que peut-être bientôt on fondera des cliniques privées échappant à ce contrôle. Nous avons déjà des indications qui nous le font craindre. Il est nécessaire de s'efforcer de fonder des cliniques privées dépendant du contrôle central. Nous en avons déjà de très bonnes à Berlin, je n'en nommerai aucune pour ne point leur faire de réclame, mais on peut encore en fonder quelques-unes.

Plus simple est la question de l'institut à fonder pour les maladies infectieuses. Le plan comprend une section clinique pour les recherches scientifiques. La section clinique doit comprendre les divers malades atteints des maladies infectieuses dont le professeur Koch aura besoin pour ses travaux, et la section scientifique doit lui fournir tous les moyens de recherches voulus. La section clinique sera bâtie sur le terrain de la Charité. Autour du bâtiment principal on construira quatre baraques pour les femmes et quatre pour les hommes, sans parler des habitations nécessaires au personnel. Tout cela sera fait suivant les plans de Koch et suffira pour quinze ans au moins et peut-être plus.

On aura ainsi 128 lits, ce qui est peu, mais suffisant, surtout si l'on pense que tout à côté se trouvera la Charité avec ses 1,500 lits.

Je dirai en terminant que dans ses entretiens avec Koch, la ville a parlé de fonder un nouvel hôpital avec un grand sanatorium et cette fondation sera étudiée dès que les nouvelles installations de l'hôpital Moabit seront terminées.

Je vous annonce ainsi deux beaux projets, et j'ai l'espoir et la conviction que dans l'avenir, Berlin et les autres communes feront encore plus dans l'intérêt de leurs concitoyens pauvres. La bienfaisance privée ne peut mieux faire que lorsqu'elle consacre quelque chose de son superflu pour l'humanité souffrante. Je rappellerai que Koch m'a assuré qu'un septième de l'humanité succombe à la tuberculose et nous n'avons aucune idée du danger qu'une telle maladie fait courir au développement d'un peuple. »

Le ministre termine par ces mots :

« Je crois que la patrie peut s'estimer heureuse de pouvoir revendiquer un fils tel que Koch. »

(*Applaudissements répétés.*)

LA SEMAINE MÉDICALE.

La méthode de Koch à l'hôpital Laennec.

M. le *professeur Cornil* a fait dimanche, à l'hôpital Laennec, au milieu d'une affluence d'auditeurs qui l'étouffait presque, la seconde conférence destinée à tenir le public médical au courant des résultats qu'il a obtenus avec la lymphe de Koch — qui lui a été remise par l'intermédiaire du ministre des affaires étrangères. On ne saurait trop louer le tact, la mesure et la clarté avec laquelle le maître en anatomie pathologique et en phthisiologie s'est acquitté de sa tâche.

En réponse à une question adressée par un de ses auditeurs, M. Cornil a d'abord constaté qu'en l'état actuel de la législation, les expérimentations entreprises sur les malades des hôpitaux, quoique faites avec l'autorisation du directeur de l'assistance publique et le consentement formel des malades majeurs, ou de leurs parents, s'ils sont mineurs, vont à l'encontre de la loi qui interdit l'emploi des remèdes secrets. Il est certain que, si quelque accident grave arrivait, les médecins expérimentateurs ne seraient pas poursuivis correctionnellement, mais ils ne seraient pas à l'abri des poursuites civiles avec demandes de dommages-intérêts de la part des familles.

Il est assez curieux de noter aussi que l'asso-

ciation des pharmaciens pourrait poursuivre les médecins pour avoir fait usage de médicaments non sortis d'une officine. Mais, dés la séance prochaine du Comité d'hygiéne de France, M. Brouardel doit solliciter du ministre de l'intérieur un arrêté dégageant la responsabilité des médecins expérimentateurs.

Il ressort de la conférence de M. Cornil que l'état actuel de la question est le suivant.

L'action élective de la lymphe de Koch sur les tissus tuberculeux est à peu prés constante à la dose minima de 1/2 milligramme de substance active ; cette action consiste en une fluxion sanguine énorme et, à une dose plus forte, en une inflammation considérable : l'examen histologique des tissus lupiques quelques heures après l'injection, fait constater la dilatation de tous les vaisseaux, l'infiltration des tissus par une quantité innombrable de leucocytes : phénomènes histologiques auquel correspond l'exsudation séreuse ou séro-purulente qui se concrète à la surface des ulcérations lupiques.

Dans le poumon l'existence de phénomènes en tout semblables doit être admise d'aprés les signes stéthoscopiques : extension de la zone de matité, du souffle, râles sous-crépitants fins, de congestion, et même adénopathie des ganglions du médiastin ayant provoqué dans un cas une toux coqueluchoïde de plusieurs heures.

La mise en évidence des altérations tuberculeuses dans les régions où on ne les soupçonnait pas est incontestable : chez un tuberculeux atteint d'arthropathies et de gommes diverses, on a vu apparaître un spina ventosa ou ostéo-dactylite tuberculeuse aiguë quelques heures aprés l'injection, sur un doigt, qui paraissait sain auparavant.

Un intérêt considérable s'attache à l'existence de deux cas de néphrite aiguë qui se sont produits dans le service : hématurie, albuminurie de 1.50 à 3 gr. 5 par litre les premiers jours, présence dans les urines de cylindres fibrineux très longs, de cellules épithéliales des tubes rénaux, visibles encore huit jours après le début de la néphrite.

Les malades qui ont eu ces néphrites n'avaient pas d'albuminurie auparavant. On peut supposer ou qu'ils avaient quelques rares tubercules miliaires silencieux dans le parenchyme rénal, ou un peu de néphrite scléreuse, de dégénérescence graisseuse de l'épithélium, ou un état amyloïde des vaisseaux trop peu accentué jusqu'alors pour avoir donné de l'albuminurie, mais que, sous l'influence de la colossale fluxion provoquée par le passage de la lymphe de Koch, l'appareil sécréteur du rein s'est enflammé, a laissé transsuder la séro-albumine du sang et que même la desquamation épithéliale et les ruptures des vaisseaux glomérulaires ont amené l'issue des hématies. On ne devra donc jamais employer le liquide de Koch chez les tuberculeux ayant de l'albuminurie ou même de la lithiase rénale (pyélite calculeuse).

M. Cornil a terminé par une vue hypothétique sur le bénéfice possible que peuvent tirer les tuberculeux de la lymphe de Koch, étant donné ce que nous savons de son mode d'action et les données acquises depuis longtemps sur le processus histologique curateur de la tuberculose.

Quand on traite le lupus par les caustiques, l'ignipuncture ou le râclage, on observe, après la production de l'inflammation réactionnelle, la formation d'un tissu cicatriciel scléreux qui enkyste les bacilles. Dans les poumons, nous savons que la guérison s'accomplit aussi, spontanément ou sous l'influence de l'hygiène qui modifie le terrain, par la transformation scléreuse du parenchyme qui crée une coque fibreuse ou calcaire enkystante, une sorte de muraille d'isolement autour des granulations tuberculeuses.

Or, nous savons que l'inflammation provoquée par la lymphe de Koch n'amène pas ce processus fibreux, cicatriciel, mais la mortification, la nécrose des tissus tuberculeux, *sans tuer* les bacilles.

Dans une tuberculose cutanée il n'y a pas grand mal, le chirurgien pourra toujours avec l'instrument tranchant et les antiseptiques enlever les parties mortifiées et prévenir les infections secondaires par les microbes pyogènes.

Mais dans les poumons les choses se passeront autrement : une portion du parenchyme pulmonaire tuberculeux nécrosée communiquant avec une bronche petite ou moyenne, ce sera la formation d'une caverne, qui se videra plus ou moins bien, au sein de laquelle les bacilles continueront à pulluler et où les microbes venus de l'air ou de la bouche apporteront les infections secondaires, auxquelles reviennent, nous le savons aujourd'hui, une bonne part des accidents de la phthisie à la période cavitaire. On n'aura donc gagné qu'une chose, transformer une tuberculose du premier ou second degré en une phthisie du troisiéme degré.

M. Cornil estime donc qu'on doit *continuer* les expériences avec une grande réserve, sans les abandonner, bien que les trois médecins envoyés à Berlin par la Société des hôpitaux de Paris, MM. Ferrand, Cuffer et Thibierge, soient revenus découragés et désillusionnés. On n'a pu leur montrer un seul lupus guéri ; les plus améliorés avaient encore de petites nodules perceptibles à un examen minutieux ; d'autres qu'on avait considérés comme guéris sont en pleine récidive.

Mais ce n'est pas une raison pour ne pas poursuivre avec prudence les expériences au moyen du procédé de Koch. M. Cornil toutefois se refuse à employer les hautes doses jusqu'à 1 centigramme et les injections subintrantes dont certains médecins Berlinois font une véritable orgie ; il n'a pas dépassé 2 milligrammes et ne fait une nouvelle injection qu'aprés avoir attendu la fin de la réaction précédente.

Il a d'ailleurs commencé à essayer de combiner la méthode de Koch avec l'emploi des antiseptiques : ainsi il a injecté d'abord de l'huile iodoformée dans un lupus, puis il a fait l'injection de lymphe de Koch, afin de profiter du grand courant exosmotique et de la diapédèse qu'elle provoque pour faire diffuser l'antiseptique au sein du tissu lupique et l'amener au contact de toutes les cellules malades. Il va continuer à essayer divers antiseptiques et fera connaître au fur et à mesure les résultats obtenus. Mais il conseille la patience au public médical et non médical ; car avant plusieurs mois on ne pourra pas loyalement et scientifiquement porter un jugement définitif sur la découverte de Koch.

P. Le Gendre.

Les polyuries sans azoturie.

M. *Duponchel* a présenté à la Société des hôpitaux un malade atteint d'une distension énorme de la vessie. A l'état de moyenne dilatation, l'organe s'élève à 16 centimètres au-dessus du pu

bis, et sa largeur est alors de 14 centimètres. Le malade urine plus de 2 litres à la fois ; il peut accumuler jusqu'à 3 litres. La matité de la vessie dépasse alors de 21 cm. le bord supérieur du pubis et s'étend sur une largeur de 20 cm. La réplétion devient excessive au bout de trois heures. La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures s'élève à 13 litres. Voici les résultats de l'analyse faite par M. Duquesne : urine peu colorée, de réaction légèrement acide ; densité =1,001 à 1,005 ; éléments normaux en quantité très faible : ni excès d'azote, ni excès de phosphate pour l'urine des 24 heures ; pas de glucose.

Le malade est polydipsique. Il n'a pas d'antécédents nerveux, ni héréditaires, ni personnels. Le début de l'affection remonte à son enfance. A 10 ans il était déjà polyurique. Mais depuis un an, c'est-à-dire au moment de faire son service militaire, l'augmentation de ces troubles a été remarquable. La santé générale est excellente ; cet homme pèse 71 kilogr. et a toujours été bien portant.

Est-il aujourd'hui réellement malade ou a-t on affaire à un simulateur ? En faveur de la simulation on peut invoquer ce fait que la polyurie a considérablement augmenté quand on a commencé à examiner cet homme. De cinq à six litres par 24 heures, la quantité d'urine s'est élevée à treize litres au bout de quelques jours. Mais en faveur d'un état morbide on a l'énorme capacité de la vessie, qui ne peut s'expliquer que par un début très ancien de l'affection et de plus la sécheresse persistante de la bouche.

M. Duponchel a observé, il y a un an, un sujet semblable qui urinait lui aussi jusqu'à treize litres par jour ; cet homme était polydipsique au point de boire ses urines quand on le privait de boisson. N'y a-t-il pas là de quoi écarter le soupçon de simulation ?

M. *Féréol* observe un jeune homme qui est lui aussi polydipsique et polyurique. La quantité des urines était d'abord de cinq litres par 24 h. et s'est progressivement élevée à sept, huit, dix, quatorze et même seize litres. Soupçonnant la supercherie, M. Féréol fit surveiller attentivement ce malade ; mais celui-ci paraissait de bonne foi; on le sonda toutes les deux heures, et la même quantité d'urine fut retrouvée ; on ne pouvait donc l'accuser d'ajouter un liquide quelconque au contenu de son bocal. Sa vessie peut conserver un litre et demie à deux litres d'urine. Cette urine est claire, de densité faible et ne contient pas de glucose ; la quantité totale d'urée ne dépasse pas la normale ; la quantité des phosphates est normale.

Ce malade n'est pas hystérique et n'a pas d'antécédents nerveux ; il n'a pas de troubles de la vue, la sensibilité et les réflexes sont normaux ; il a cependant assez souvent un peu de céphalalgie et l'anorexie est complète. L'affection qui paraît réelle a débuté assez brusquement au milieu d'une santé en apparence parfaite.

Au point de vue thérapeutique, M. Féréol a essayé sans succès l'antipyrine à la dose de 4 gr. par jour, le bromure de potassium à la dose de 4 et 6 gr. Mais il y a quelques jours, après un purgatif drastique, la quantité d'urine s'est abaissée de 16 à 6 litres.

M. *Dumontpallier* a soigné il y a quelques années un polyurique de 50 ans environ qui ne rendait que 9 ou 10 litres d'urine par jour, mais qui transpirait en même temps d'une façon extraordinaire. Un jour, ayant fait garnir le lit avec une toile cirée, M. Dumontpallier put recueillir *750 grammes* de sueur.

Le bromure de potassium, la valériane, la belladone, tout avait été essayé sans résultats ; enfin cette incroyable transpiration diminua, puis disparut, grâce à des injections sous-cutanées d'ergotine qui n'eurent d'autre part aucune action sur la polyurie.

M. *Hayem* pense qu'il faut toujours se défier des polyuries qui ne s'accompagnent pas de modifications dans la constitution de l'urine ; avec la polyurie il y a ordinairement de l'azoturie ; dans le cas contraire il faut craindre la supercherie.

Relativement à la thérapeutique du diabète azoturique, la valériane et l'opium rendent de réels services. Trousseau cite même des cas de guérison par la valériane ; M. Hayem en a obtenu lui-même. Lorsque l'action de la valériane n'est pas assez nette, on l'emploiera alternativement avec l'opium.

M. *Rendu* croit, comme M. Hayem, que la polyurie est ordinairement liée à l'azoturie. Cependant dans quelques cas il est bien difficile d'accuser de simulation un polyurique sans azoturie. M. Rendu a obtenu une guérison avec l'ergot de seigle à doses progressives ; dans d'autres cas, où les résultats étaient moins satisfaisants, l'hydrothérapie amena une amélioration notable.

M. *Siredey* a récemment observé une polyurique simple qui prétendait uriner près de 14 litres par jour. L'analyse de l'urine, le dosage de l'urée pratiqué à différentes heures de la journée, dévoilèrent la supercherie.

Traitement de l'angine diphtéritique par la glace.

Cette méthode est très simple dans son application ; elle consiste à maintenir constamment un fragment de glace dans la bouche du malade. Nous avons déjà cité les succès obtenus par le Dr *Bleynie* (de Limoges). Employée depuis déjà longtemps en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, en France, elle a néanmoins rencontré une certaine opposition et M. Cadet de Gassicourt entre autres prétend n'en avoir retiré aucun bon résultat. M. *Sevestre*, qui vient de faire sur ce sujet un rapport à la Société des hôpitaux, a lui aussi essayé la glace dans un certain nombre de cas d'angine diphtéritique, non point la glace seule, mais combinée au traitement ordinaire par la méthode de Gaucher. L'examen des résultats doit porter sur ces trois points : facilité, innocuité, efficacité de la méthode. Or les enfants prennent avec plaisir les fragments de glace, qui soulagent leurs souffrances, et il est facile de la donner même aux plus petits enfants ; maintenue même constamment dans la bouche la glace est parfaitement inoffensive. Quant à l'efficacité on ne peut donner une réponse catégorique ; cependant son action sur l'angine est très manifeste.

Le développement des fausses membranes est en effet bien moins rapide, et leur épaisseur bien moins considérable. Dans quelques cas même, l'angine pourrait guérir.

Les recherches bactériologiques expliquent d'ailleurs cette action du froid sur la fausse membrane.

Pour que le bacille de Lœffler puisse se développer il lui faut une température supérieure à 22 ou 24° ; or on obtient dans l'arrière-bouche une température inférieure à celle-ci par la présence constante de la glace.

L'usage de la glace peut encore être très utile dans quelques cas particuliers ; quelquefois, par exemple, l'angine s'accompagne d'une tuméfaction considérable qui rend la déglutition impossible et compromet la respiration ; la glace fait alors très rapidement diminuer cette tuméfaction.

En résumé, dans l'angine diphtéritique la glace doit être employée, mais surtout à titre d'adjuvant ; on emploiera en même temps la méthode antiseptique ordinaire.

La glace ne pourra rien contre le croup, mais elle peut le prévenir en enrayant le développement des fausses membranes.

M. Cadet de Gassicourt a employé la glace comme unique traitement de l'angine diphtéritique. Jamais les résultats ne furent favorables ; dans aucun cas les fausses membranes n'ont subi la moindre modification. D'ailleurs les conclusions de M. Sevestre ne viennent appuyer que faiblement cette méthode.

M. Sevestre, en effet, s'est servi de la glace uniquement comme adjuvant ; ne peut-on point se demander si les résultats obtenus n'auraient pas été les mêmes sans la glace ? L'antisepsie de l'arrière-gorge, tel est en effet le traitement, et le seul traitement de l'angine diphtéritique.

La méthode de Gaucher devra dans tous les cas être employée ; c'est celle qui donne les meilleurs résultats.

M. Sevestre est convaincu de l'efficacité des procédés antiseptiques : aussi ne les a-t il point refusés aux malades pendant qu'il expérimentait l'action du froid. La seule conclusion qu'il ait voulu tirer de ses recherches, c'est que la glace gêne et retarde le développement des fausses membranes, qu'elle permet par conséquent d'espacer les badigeonnages, et que par cela même elle doit être considérée comme un adjuvant très utile.

MÉDECINE PRATIQUE

De la scrofule.

(*Nature, étiologie et pathogénie, traitement.*)

La scrofule a été longtemps considérée comme une maladie, la maladie scrofuleuse (Lugol). On lui a décrit des stades.

La période prodromique était constituée par ce qu'on nommait l'habitus scrofuleux ; les caractères de ce prétendu habitus étaient aussi incohérents que possible ; toutes les oppositions s'y trouvaient assemblées ; on voyait parmi les scrofuleux des gras et des maigres, des individus colorés et d'autres pâles, des enfants engourdis et d'autres à l'aspect éveillé. La lèvre supérieure épaisse est un trait commun à tous, et c'est à peu près le seul ; encore n'est-il point exclusif au facies des scrofuleux.

La scrofule confirmée était divisée en 4 périodes :

Dans la première s'observaient les gourmes, c'est-à-dire l'eczéma et l'impétigo, que l'on confondait plus anciennement encore sous le nom d'achor ; la blépharite chronique, le coryza chronique, l'otorrhée, les grosses amygdales et les adénites aiguës qui peuvent suppurer.

On rattachait à la deuxième période, les dermatoses de la peau et des muqueuses susceptibles de donner lieu à des productions exubérantes ou à s'ulcérer (scrofulides ulcéreuses et plastiques), les adénites chroniques cervicales suppurées avec fistules et cicatrices déprimées (écrouelles).

Dans la troisième période on plaçait les abcès froids du tissu cellulaire, ganglionnaires, périostiques, les périostites plastiques et les hyperostoses, les caries, le spina ventosa, les nécroses, les tumeurs blanches.

Enfin la quatrième période comprenait les affections des viscères comme la phthisie bronchique, pulmonaire et pleurale, la phthisie abdominale ayant pour points de départ l'intestin et les ganglions mésentériques (carreau) ; on admettait encore des lésions scrofuleuses de la prostate, de la vessie, du rein, du testicule, de l'ovaire, des corps vertébraux, du cerveau ; enfin le scrofuleux, après avoir traversé toutes les périodes précédentes, aboutissait à la cachexie scrofuleuse par la diarrhée, les suppurations, l'albuminurie, la dégénérescence amyloïde.

Cette *scrofule-maladie*, qu'en reste-t-il aujourd'hui ? A peu près rien. Depuis 30 ans les progrès de l'anatomie pathologique, de la bactériologie l'ont démembrée et sont venus lui arracher successivement tous les fleurons de sa couronne.

L'achor, c'était la réunion des teignes, dont la nature parasitaire a été prouvée (le favus et l'herpès tonsurant), de l'impétigo pustuleux qu'on sait être inoculable et auto-inoculable, de l'acné varioliforme contagieux et parasitaire. Les autres accidents de la scrofule primaire, c'étaient quelques éruptions ulcéreuses, des conjonctivites et des kératites à répétition ; la kératite interstitielle qu'on a rattachée à la syphilis héréditaire.

Parmi les accidents de la deuxième période de la scrofule, les scrofulides ulcéreuses et plastiques ont été démontrées tuberculeuses par le microscope, par l'inoculation aux animaux, par la présence des bacilles. L'adénite caséeuse est une tuberculose ganglionnaire : la lésion histologique, l'inoculation et la culture sont venus l'attester.

La troisième période de la scrofule-maladie comprenait des affections qu'il a fallu rattacher à la tuberculose et à la syphilis. Les déformations osseuses du squelette des membres inférieurs, telles que le tibia de Lannelongue avec incurvation apparente, avec surface arrondie et noueuse au lieu de la crête sont le résultat d'une hyperostose syphilitique. Quant aux abcès froids, aux gommes scrofuleuses, on trouve des tubercules dans leurs parois. Les tumeurs blanches, la carie, sont des arthrites et des ostéites tuberculeuses.

Les observateurs qui ont enlevé successivement à la scrofule toutes ces altérations, ont d'abord invoqué l'histologie pathologique, ils ont montré dans les lésions scrofuleuses le follicule tuberculeux ou tubercule embryonnaire, qu'on a appelé scrofulome. La conviction n'a été complète dans l'esprit de tous les médecins que quand les arguments histologiques ont été corroborés par les inoculations positives (Lannelongue), la recherche des bacilles (Schuchart et Krause, Bouilly, Hauzler), quand Verneuil a eu montré l'auto-infection des individus atteints de lésion

tuberculeuses aboutissant à la tuberculisation du poumon et des méninges.

L'étude du lupus a été longtemps infructueuse au point de vue de la démonstration de sa nature tuberculeuse. Cornil et Leloir n'y trouvaient pas de bacilles, mais obtenaient des inoculations positives ; à la Clinique de Halle. Volkmann et ses élèves ont toujours trouvé des bacilles tantôt rares, tantôt nombreux. Aujourd'hui le doute n'existe plus. M. Leloir déclare que le lupus tuberculeux est toujours de nature bacillaire, il ne conserve de doute que pour le lupus érythémateux. On a méconnu longtemps la nature tuberculeuse des lésions cutanées dites scrofuleuses et de certaines lésions viscérales ; car, primitives, elles restent longtemps locales. Mais pour le testicule (Reclus et Malassez), l'utérus (Brouardel), l'appareil urinaire (Tapret, Guyon) il a été démontré que les tubercules pouvaient exister dans ces organes sans tubercules pulmonaires. Quant à la phthisie dite scrofuleuse, elle ne diffère en rien au point de vue histologique de la phthisie tuberculeuse.

Les pathologistes contemporains ayant ainsi arraché successivement à l'antique scrofule ce qui appartient au parasitisme, à la syphilis, au tubercule, il semble qu'il ne doit plus rien lui rester.. . Pourtant, si : il lui reste quelque chose, un commencement et une fin, des maladies vulgaires, les unes protopathiques, aiguës, les autres deutéropathiques chroniques. Aucune de ces maladies n'est spécifique par sa cause ; l'enfant est seulement plus susceptible aux causes banales de ces maladies : ce sont les troubles digestifs qui provoquent chez lui l'eczéma et l'impétigo, le froid qui amène le coryza et l'angine. Cependant, il faut le reconnaître, les influences banales produisent plus souvent ces dermatoses, et ces catarrhes chez les enfants dits scrofuleux que chez les autres. Ces diverses maladies n'ont d'abord rien de spécial dans leurs symptômes et leur évolution ; mais au bout de quelque temps on constate que le processus inflammatoire marche moins franchement dans ses phases régressives ; dans les parties jadis enflammées il reste de l'empâtement, de la tuméfaction, une hypertrophie ; la résolution n'est pas complète, la maladie s'achemine vers un état chronique dans lequel la moindre cause ramène l'état subaigu. Il y a donc au début chez certains enfants une disposition durable qui rend plus facile et plus fréquent le développement des maladies fluxionnaires, hypercriniques, catarrhales, inflammatoires de la peau, des muqueuses nasale et oculaire, pharyngée et bronchique, de l'amygdale, — maladies qui, par leur répétition et leur tendance de plus en plus marquée à la chronicité, engendrent l'habitus dit scrofuleux, l'épaississement des traits du visage, des ailes du nez et de la lèvre supérieure, etc. Cette turgescence de la face résulte de la gêne de la circulation lymphatique.

Mais dans tout cela il n'y a rien de spécifique. Peut-être y a-t-il chez les individus sujets à ces fréquentes inflammations si lentes à se résoudre une constitution chimique spéciale des tissus et des humeurs ; nous savons bien peu de chose sur ce point. Beneke a trouvé que dans le tissu osseux non malade d'un sujet scrofuleux il y avait 64,4 % d'eau au lieu de 13,6 % que contient le tissu osseux d'autres individus du même âge. Il y a donc diminution proportionnelle de la partie calcaire, azotée et de la graisse. Mais ce n'est pas seulement dans la composition chimique, statique, des tissus qu'il faut chercher la caractéristique, mais plutôt dans le mode de la nutrition. Il faudrait savoir combien un kilogramme de scrofuleux élabore de matière en 24 h., consomme d'oxygène, exhale d'acide carbonique, excrète d'urée, d'acide urique, d'acide phosphorique et de chlorures comparativement à un même poids d'homme sain ; il faudrait connaître les variations journalières de sa température, etc. En résumé, nous ne savons pas exactement pourquoi certains enfants ont une prédisposition singulière à contracter tant d'affections catarrhales ou inflammatoires, banales, quoique infectieuses ; mais nous savons que cela est, et nous appelons cela une *diathèse*, c'est-à-dire « un trouble de la nutrition qui prépare, provoque ou entretient des maladies simples ou spécifiques à sièges divers, de processus différents, à évolution et à symptômes variés. » (Bouchard).

Cette disposition morbide s'accuse d'abord par des modifications dans le volume et le développement de certains tissus mal drainés, au sein desquels s'attarde une lymphe stagnante dans des vaisseaux lymphatiques paresseux, ultérieurement par une modification de toutes les cellules et de toutes les humeurs.

Les scrofuleux paient un lourd tribut à la tuberculose ; beaucoup d'enfants ayant les attributs que je viens de dire sont un jour atteints de lésions tuberculeuses osseuses, articulaires ou viscérales ; cela ne prouve pas du tout qu'ils soient nés avec le germe de la tuberculose ; les médecins qui ont admis que la scrofule infantile était une tuberculose atténuée, trait d'union entre la phthisie des ascendants et les maladies nettement tuberculeuses qui peuvent s'observer dans l'adolescence ou l'âge adulte chez les individus simplement scrofuleux pendant l'enfance, ont fait une pure supposition : elle a même contre elle l'absence de bacilles dans les sécrétions banales des scrofuleux, l'absence de cette réaction nodulaire des tissus qui caractérise les lésions bacillaires. Mais nous savons que la phthisie guette tous les débilités, que le bacille tuberculeux foisonne autour de nous prêt à s'insinuer dans l'organisme affaibli, si quelque porte d'entrée lui est ouverte : or ces inflammations catarrhales, en desquamant les muqueuses, ces inflammations cutanées ulcéreuses, en dénudant le derme, ouvrent à chaque instant des brèches dans le système défensif de l'organisme. Comme avec cela les humeurs et les tissus des scrofuleux paraissent favorables par leur composition à la germination des bacilles tuberculeux, il est bien facile d'expliquer que la tuberculose envahisse si souvent les scrofuleux sans être obligé d'accepter que la scrofule soit une tuberculose latente.

Quelles sont les causes de ce trouble nutritif que nous appelons diathèse scrofuleuse ?

Il y a d'abord l'hérédité au sens absolu : un scrofuleux, engendrant un scrofuleux, cela n'est pas difficile à comprendre ; des cellules ayant une activité vitale d'un taux déterminé chez les générateurs donnent naissance chez l'engendré à des cellules d'un taux vital semblable. Mais les tuberculeux engendrent aussi des scrofuleux ; on voit encore une mère atteinte d'écrouelles ayant une fille phthisique et d'autres enfants qui n'ont que la série des affections banales dites scrofuleuses ; un père arthritique peut engendrer

des enfants scrofuleux. Il y a ensuite l'atavisme : des parents phthisiques ont engendré des scrofuleux qui engendrent des phthisiques ; c'était le triomphe de ceux qui ne voient dans la scrofule que la tuberculose et acceptent l'hérédité du bacille.

Il y a l'innéité, c'est-à-dire l'ensemble des conditions qui président à la procréation de l'enfant et influent sur la nature de ses tissus comme sur leur future activité nutritive. Un père trop vieux, malade, syphilitique, une mère malade, ayant pendant sa grossesse des hémorrhagies, des vomissements incoercibles, engendrent des scrofuleux.

La diathèse scrofuleuse peut aussi être acquise, créée dans les premiers mois de la vie par la mauvaise hygiène ou par la maladie. Un allaitement mauvais, artificiel ou incomplet, c'est-à-dire une nourrice trop âgée, réglée, ayant trop peu de lait, ou un lait trop pauvre, ou trop riche en graisse, — une alimentation prématurée, grossière, et les maladies gastro-intestinales qui en résultent avec leur cortège de vomissemens, de diarrhée, d'acides de fermentation en excès dans le tube digestif, le gros ventre qui peut être la conséquence du carreau (tuberculose mésentérique), mais aussi d'une dilatation stomacale ou intestinale, — toutes ces conditions peuvent engendrer la scrofule comme le rachitisme par divers mécanismes : en n'apportant pas à l'organisme tous les matériaux nécessaires à la bonne confection des tissus, en l'intoxiquant par les résidus putrides des fermentations digestives, en soustrayant, par suite de la dyscrasie acide aux tissus déjà formés comme le tissu osseux, les éléments minéraux. Pourquoi ces mêmes conditions étiologiques produisent-elles tantôt la scrofule, tantôt le rachitisme ? Il n'est pas possible de le dire. Il y a peut-être quelque différence inconnue dans l'application et le mode d'action de causes identiques.

Un peu plus tard, les influences scrofuligènes seront l'absence d'air, de lumière, de soleil, une alimentation vicieuse. De 5 à 8 ans l'enfant peut voir apparaître les manifestations de la scrofule, s'il y avait échappé jusque là, lorsqu'il vit dans les pensions et les orphelinats. Ce sont les mêmes maladies qui se montrent dans les prisons avec une marche presque aiguë, et ces maladies qu'on a rattachées à la scrofule sont généralement préparées et provoquées par la mauvaise alimentation ; soit par ignorance, soit par cupidité, les personnes chargées de la gestion de ces établissement méconnaissent souvent les lois qui doivent présider au choix des diverses espèces d'alimentats.

Beneke et M. Bouchard ont insisté sur la relation nécessaire qui existe entre les diverses proportions de l'albumine, de l'amidon et de la graisse, c'est-à-dire des matières protéiques ou azotées et des aliments hydrocarbonés, ternaires. La proportion convenable est de 1 partie de substance protéique pour 5 des autres ; il y a des inconvénients à adopter la proportion de 1 : 4, aussi bien que 1 : 6 ou 7 ou même 1 : 8, comme cela a été fait dans certaines prisons dans lesquelles on a vu la scrofule se développer à l'état aigu. Dans ces cas les administrateurs et les commissions techniques avaient bien réglementé le poids des aliments, mais non le rapport indispensable entre les composants, et la prédominance excessive des substances ternaires, viciant la constitution chimique des tumeurs, l'activité nutritive des cellules, entraînait la fréquente apparition des inflammations cutanées et muqueuses, des adénopathies dites scrofuleuses.

Toutes les influences hygiéniques dont nous venons de parler commencent par créer le tempérament lymphatique ; mais, quand la viciation de la nutrition atteint un degré de plus, la diathèse scrofuleuse est constituée.

Nous avons dit qu'on connaissait à peine les modifications chimiques des humeurs et tissus et la nature du mode nutritif des scrofuleux. Mais on sait que l'enfant scrofuleux exhale une odeur aigre, que ses sueurs sont acides ainsi que ses selles, que dans ses urines apparaissent fréquemment des dépôts uratiques, l'acide oxalique, que dans son tube digestif comme dans ses sécrétions il y a prédominance des acides, que ses os sont appauvris en substances minérales. Tout cela est bien la preuve d'une entrave apportée à l'activité des oxydations. Et d'ailleurs tout ce qui accélère la nutrition améliore la scrofule ; l'air marin d'abord : les scrofuleux s'enrhument moins aux bords de la mer qu'entre les murs d'un collège ; leurs urines cessent d'être sédimenteuses quand ils vivent au grand air, au grand soleil, sur les montagnes.

Bien des médecins seront étonnés d'entendre dire qu'il existe une parenté au point de vue du trouble de la nutrition entre l'arthritisme et la scrofule. Cependant le fait nous paraît indéniable. Les fils des goutteux et des diabétiques, c'est-à-dire des arthritiques les plus typiques, sont souvent scrofuleux. Les enfants des arthritiques sont très disposés pendant leurs premières années aux mêmes manifestations fluxionnaires et catarrhales des téguments et des muqueuses que les scrofuleux fils de scrofuleux ; la seule différence entre les uns et les autres, c'est que la résolution de ces affections banales est chaque fois complète chez les arthritiques, et demeure imparfaite chez les scrofuleux ; à chaque reprise chez ces derniers le retentissement ganglionnaire est plus accentué, plus durable, les tissus plus engorgés, les traits plus épaissis.

Cependant prenez un jeune scrofuleux ayant déjà l'habitus caractéristique ; placez-le dans de bonnes conditions d'hygiène, vous le guérirez ; les ganglions diminuent, les tissus se dégorgent ; mais ces scrofuleux guéris feront dans l'avenir une évolution vers l'arthritisme ; on verra souvent apparaître chez eux le rhumatisme, la goutte, le diabète. Il est impossible de dire en quoi consiste la différence entre les deux diathèses au point de vue de la nutrition ; il est facile par contre de montrer leur point de contact : c'est un ralentissement de l'activité des échanges nutritifs ; mais dans la scrofule il y a en outre quelque chose que nous ignorons.

Au point de vue de la thérapeutique nous savons qu'il faut accélérer la nutrition, activer les échanges, et pour cela nous devons utiliser les données étiologiques et pathogéniques acquises précédemment. Pour prévenir l'apparition de la scrofule, il faudrait d'abord ne pas marier ensemble des scrofuleux, ni même une scrofuleuse et un arthritique ; il faudrait, si ce croisement n'a pu être évité, s'efforcer d'activer au moins passagèrement le taux nutritif des parents au moment de la conception ; car l'enfant peut être alors procréé dans des conditions moins défavorables. On surveillera l'hygiène de la mère pendant la grossesse ; on aura grand soin que l'enfant ait une excellente

nourrice et que l'allaitement soit bien conduit, cessé au moment convenable et que l'alimentation des mois suivants, comme celle de la première et de la seconde enfance, soit soumise aux règles suivantes : aliments abondants, mais substantiels, contenant une proportion suffisante d'azote et de matières grasses ; il faut surtout que ces aliments soient bien digérés, bien assimilés ; on remédiera donc au plus vite au moindre trouble digestif, on ne laissera pas les acides s'accumuler dans l'intestin, ni les fermentations putrides intoxiquer chroniquement le sujet par résorption.

On activera surtout les fonctions de la peau par les frictions sèches et aromatiques, les bains salés et sulfureux pendant l'hiver, les bains froids et les douches pendant l'été ; on utilisera la radiation solaire, par l'exercice au grand air, le séjour sur les plages et dans les montagnes alternativement. On évitera surtout les climats humides, non seulement ceux du Nord, mais ceux du Midi, il faut des climats secs où l'atmosphère soit toujours limpide. On évitera l'alcool aussi bien que les boissons purement stimulantes comme le thé et le café ; mais on donnera les vins rouges assez riches en tannin. Enfin, comme médicaments on utilisera alternativement l'iode, les iodiques et les iodures, l'iodoforme, l'arsenic, le fer, le tannin.

Voici par exemple diverses manières de formuler pour des enfants atteints de lymphatisme ou de scrofule, en variant les doses suivant l'âge et l'intensité de la diathèse.

Faire prendre successivement pendant 15 jours chacune des préparations suivantes au milieu des repas.

1° Iodoforme......... 0 gr. 60
Extrait de gentiane Q. S.

F. s. a. 30 pilules, 2 à 4 par jour.

2° Liqueur arsenicale de Fowler 4 à 10 gouttes par jour.

3° Iodure de calcium..... 6 gr.
Eau de chaux.......... 50 gr.
Eau distillée de menthe 100 gr.

2 à 4 cuillerées à café par jour.

4° Sirop d'iodure de fer 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Trois fois par semaine un bain de vingt minutes ainsi composé :

Bromure de sodium...... 10 gr.
Chlorure de sodium...... 500 gr.
Carbonate de soude...... 100 gr.

On emploiera encore le vin suivant dans les hypertrophies ganglionnaires et amygdaliennes :

Teinture d'iode......... 6 gr.
Iodure de sodium....... 15 gr.
Sirop de gentiane....... 200 gr.
Vin de Banyuls.......... Q. S. pour un litre

Quand le développement du squelette paraîtra se faire péniblement :

Phosphate de soude.......... 5 à 10 gr.
Phosphate de potasse......... 5 à 10 gr.
Sirop de quinquina... .... 200 gr.

Vin de Malaga ou de Lunel Q. S. pour un litre.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins de réserve et de l'armée territoriale.

Une association amicale entre médecins de réserve des armées de terre et de mer et de l'armée territoriale vient de se constituer à Paris. Elle a pour but principal de créer des relations entre les membres du corps de santé et de tenir ses membres au courant des modifications de service. Des conférences doivent être organisées dans ce but au Cercle militaire.

L'association comprend comme membres titulaires les médecins de réserve et territoriaux domiciliés dans le gouvernement militaire de Paris, et comme membres correspondants ceux qui habitent en dehors de cette zone.

La cotisation annuelle est de cinq francs ; les séances ont lieu six fois par an au Cercle militaire ; il y aura un bulletin périodique.

Le bureau nommé dans la première séance, qui a eu lieu lundi dernier 17 novembre, est ainsi constitué.

Président, M. le Dr *Kuhff* ; vice-président, M. le Dr *Picqué* ;

Secrétaire général, M. le Dr *Gorecki* ; secrétaire des séances, M. le Dr *Ledé* ; trésorier, M. le Dr *Lelongt*.

Ceux des médecins de réserve ou de l'armée territoriale qui désireraient faire partie de cette association amicale sont priés de s'adresser, pour obtenir communication des statuts et règlement, soit au président, M. *Kuhff, rue de Rivoli*, 69 ; soit au secrétaire général, M. *Gorecki, boulevard Haussmann*, 86.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Procès-verbal de la réunion du 9 octobre 1890.

Etaient présents : MM. Darin, de Fourmestraux, Giberton-Dubreuil, Gille-Bréchemin, Jeanne, Lemenant des Chesnays, Martin, Midrin, Pannetier, Peyromore-Debord, Pineau, Surre, Toussaint.

Excusés : MM. Landry, Loncle, Ferrey, Tourneur.

Non excusés : MM. Boyer, Chanu, Groussin, Ledermann, Lécuyer, Ribard, Christen, Pluyeau.

M. le Président rend compte de son entrevue avec M. le Sénateur Maze au sujet des rapports qui devraient exister entre les médecins et les Sociétés de Secours Mutuels. M. Maze a reconnu : 1° que les médecins étaient, non pas les ennemis, mais les auxiliaires les plus utiles des Sociétés ; 2° qu'il ne leur était pas toujours témoigné en égards et pécuniairement par les Sociétés, autant de reconnaissance qu'ils en méritent pour leurs services ; 3° qu'il y avait lieu d'accorder aux médecins des sociétés de Secours mutuels des honoraires plus élevés, mais en restant toujours dans le système de l'abonnement. Et l'honorable sénateur a renouvelé la promesse d'appuyer de son

influence au sein des œuvres de mutualité, les justes réclamations du corps médical.

La plupart des membres du Syndicat estiment que, *forts de cet avis de M. Maze*, nous devons dès maintenant soumettre aux Sociétés de Secours Mutuels de l'arrondissement, la proposition d'un *tarif uniforme d'abonnement annuel au prix de 6 fr.* (*visites de nuit, opérations et accouchements non compris*), mais que pour compensation nous leur demanderons de n'admettre au bénéfice de ce tarif *que des ouvriers ou des personnes connues pour la modicité extrême de leurs ressources*. Après un long échange de renseignements et d'observations, cette proposition est adoptée à l'unanimité, et M. le Président est chargé de la soumettre aux *Bureaux des Sociétés de Secours Mutuels de l'arrondissement* en les priant de la discuter avec leurs médecins respectifs afin d'en régler les détails d'application. Et parmi ces détails, il en est deux que le Syndicat souhaiterait de voir fixés : ce sont la liberté pour le sociétaire de choisir son médecin, (pourvu que celui-ci habite la localité), et la nécessité de régler, *d'accord avec les médecins intéressés*, les honoraires pour soins non compris dans le tarif d'abonnement.

L'ordre du jour appelait ensuite l'étude de la question *Assurance médicale mutuelle en cas de maladie*.

La plupart des projets qui ont été publiés au sujet de cette œuvre intéressante entre toutes, n'étant pas suffisamment connus de tous les médecins dans leurs détails, le *Syndicat* propose de s'adresser au Président de *l'Association départementale des médecins*, pour le prier d'en faire soumettre des exemplaires à chaque confrère de Seine-et-Oise, et d'obtenir en même temps, par un questionnaire, l'avis des intéressés.

M. le docteur Jeanne rappelle à ce sujet que, grâce à la ténacité de M. Cézilly, une Commission a été nommée au sein de *l'Association générale des Médecins de France* au mois de mai 1890, à l'effet de rédiger un projet sur cette matière et de la soumettre ensuite aux sociétés locales. C'est donc en séance de *l'Association départementale* qu'il faut nous tenir prêts à discuter cette question d'une façon définitive, il n'est que temps d'agiter le corps médical à ce sujet si l'on veut avoir à recueillir l'année prochaine des avis bien étudiés.

Le Syndicat rappelle à tous ses membres la décision prise en mars dernier, ayant pour objet de signaler, dans les rapports de fin d'année du service d'inspection des nourrissons, la nécessité d'augmenter les allocations de ce service. (Une demande de crédit supplémentaire faite en août 1889 n'a pas été accordée, parce que nous ne nous étions pas assez plaints !).

La propagande très active à laquelle s'est livré le Syndicat ayant à peu près épuisé *momentanément* ses ressources, et les frais du banquet d'octobre devenant trop onéreux pour la caisse, par suite du petit nombre de ceux qui y prennent part, l'Assemblée décide qu'il y a urgence à appliquer sa résolution du 12 juillet 1888, c'est-à-dire à recouvrer *même auprès des absents* la cotisation (10 fr.) du banquet *obligatoire* d'octobre.

Puisse cette résolution, dictée par une solidarité à la fois amicale et draconienne, rendre trop petite, à l'avenir, la joyeuse table de Lapérouse autour de laquelle nous avons festoyé jeudi dernier, et qu'égayait encore la présence d'un aimable confrère, le docteur Dullscouet, trésorier du Syndicat de Lorient.

Paris, le 12 octobre 1890.

Le Secrétaire,
Dr JEANNE.

REPORTAGE MÉDICAL

Samedi dernier 6 décembre, a eu lieu, restaurant Marguery, le dîner offert à M. le professeur *Bouchard* par l'*Association de la presse médicale*. Les membres du syndicat sont venus s'associer au toast porté par M. le professeur *Cornil*, le président de la réunion, à M. Bouchard, le représentant honoré de la médecine Française au congrès de Berlin.

M. Bouchard, dans sa spirituelle réponse à M. Cornil et à M. le Dr Laborde, qui lui avait rappelé les bons souvenirs de sa carrière de journaliste, a remercié ses confrères de *la presse et les a* assurés de toute sa sympathie pour le rôle qu'ils remplissent. Il les a félicités de s'être associés et a souhaité à l'association *longue vie et prospérité*.

Des applaudissements ont accueilli sa réponse à ses deux collègues de l'Académie et sur la proposition de M. *Laborde*, M. Bouchard a accepté le titre de *membre d'honneur* de l'Association de la presse médicale.

On s'est entretenu ensuite de la situation singulière que fait aux savants français et étrangers la main mise par le gouvernement allemand sur la découverte de M. *Robert Koch*, et l'impression générale a été celle-ci : Il faut attendre ; expérimenter sans enthousiasme et avec prudence et peut être les Allemands seront-ils les premiers à reconnaître que mieux eût valu pour la gloire de M. le professeur Koch, qu'il eût tenu sa promesse de révéler tous les éléments de sa mystérieuse et encore incertaine découverte ; qu'en tout cas il était fort heureux que jamais le gouvernement *de notre pays et un savant Français n'eussent été* aussi mal inspirés que MM. von Gossler et Robert Koch.

A. C.

Policlinique de Paris. — (*Deuxième Assemblée générale*.) — La Policlinique a tenu dimanche dernier, 28, rue Mazarine, sa deuxième Assemblée générale. Les fondateurs, après avoir exposé les résultats déjà obtenus au double point de vue de l'assistance médicale et de l'enseignement, sont obligés d'avouer qu'ils commencent à être débordés ; c'est pour cela qu'ils demandent à leurs adhérents de vouloir les décharger des soucis de l'Administration pour pouvoir se consacrer uniquement à la médecine. L'assemblée générale a répondu à leur appel et a confié l'administration de la Policlinique à un bureau composé de M. Jacques, député de la Seine, président ; de Mme Furtado-Heine ; de M. le comte de Beaufort, et de M. Defert, maire du VIe arrondissement, vice-présidents ; M. Philippe, trésorier ; M. Hue, secrétaire. Nous sommes convaincus que cette modification ne pourra que contribuer au développement et à la prospérité de l'œuvre, au succès de laquelle le *Progrès médical* (et nous pouvons ajouter : le *Concours médical*) se sont intéressés dès le début.

L'opinion de M. Robert Koch sur les remèdes secrets.

Nous lisons dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* :

Communication faite au Congrès de Genève (4-9 septembre 1882), adressée à la *Semaine médicale* et traduite « mot pour mot » (*sic*) par le Dr E. Ricklin, rédacteur à ce journal, « afin de faire dire à l'auteur » tout ce qu'il dit et rien que ce qu'il dit »).

Il critique d'abord « les méthodes suivies par M. Pasteur, qui doivent être taxées d'inexactitude, parce qu'elles négligent de faire intervenir l'examen microscopique, parce que les inoculations sont pratiquées avec des substances non pures de tout mélange, parce qu'elles utilisent, pour ces inoculations, des animaux impropres à ces recherches. Ces méthodes ne peuvent dès lors conduire à des résultats sûrs. »

M. Koch ne se contente pas de « reprocher à M. Pasteur l'*insuffisance de ses méthodes scientifiques*, il lui reproche aussi le SOIN JALOUX QU'IL MET A CACHER SES DÉCOUVERTES ET A LES SOUSTRAIRE A LA CRITIQUE, *contrairement aux usages établis en matière de science*. »

« ... Déjà, écrit-il, lors de ses premières recherches sur le choléra des poules, M. Pasteur s'était abandonné aux plus vastes espérances. Lorsque, ensuite, il eut réussi à conférer, au moyen d'inoculations préventives, l'immunité contre le charbon à un petit nombre de moutons, il n'hésita pas à généraliser la signification de ses premiers résultats ... Avec une entière confiance il annonça le triomphe prochain dans la lutte contre les maladies infectieuses ... M. Pasteur avait fait connaître sa technique pour l'atténuation du bacille charbonneux d'une façon si incomplète que, pour la répéter et la contrôler, il était nécessaire d'entreprendre d'abord des recherches très étendues. »

Incidemment « M. Koch reproche à M. Pasteur d'avoir publié *des renseignements insuffisants sur la préparation du virus vaccinal* ».

En terminant, M. Koch représente comme « prématurées les assertions relatives à la possibilité d'atténuer les germes infectieux d'autres maladies virulentes ».

L'exhumation de M. *Henri Huchard* est en situation et nous nous faisons un plaisir de la reproduire.

Enseignement pratique de la laryngologie et de la rhinologie et de leurs rapports avec les affections qui en dépendent. — Pour permettre aux étudiants et aux médecins, d'apprendre, *pratiquement*, les différentes méthodes de la laryngologie, de la rhinoscopie, et de se perfectionner ensuite dans leur propre clientèle ou dans les cliniques de nos maîtres sans être obligés d'aller en Allemagne, le Dr Madeuf, licencié ès sciences physiques, licencié ès sciences naturelles, etc., a créé une clinique 46, rue de l'Arbre-Sec.

Les élèves sont initiés individuellement à la laryngoscopie, à la rhinoscopie antérieure et postérieure, aux pansements et injections intra-laryngiennes, aux examens et pansements d'oreilles, au cathétérisme de la trompe d'Eustache, à l'application du releveur du voile, aux opérations intra et rétronasales, buccales, etc.

N.B. — Une distribution gratuite de médicaments assure un nombre considérable de malades. Lundi, Vendredi, de 6 à 7 h. du soir, Mercredi de 4 à 6 heures du soir, Dimanche de 8 à 10 heures du matin.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Pommade calmante et résolutive.

Extrait de ciguë	} āā 1 gramme.
Extrait d'opium	
Extrait de belladone	
Extrait de jusquiame	
Vaseline	} āā 20 grammes.
Lanoline	

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de deux membres du *Concours médical*, Messieurs les Docteurs CARRÉ, de Saint-Maixent (Deux-Sèvres) et VERROLLOT, d'Ivry-sur-Seine.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

I. — *Promenades d'un Médecin à travers l'Exposition*, par le Dr Georges Crouigneau, précédées d'une préface de M. le Doct. Dujardin-Beaumetz, magnifique in-8° de 515 pages, orné de 221 gravures, dont 7 hors texte et 3 cartes ; prix fort, 7 fr. 50, net *franco* 6 fr. pour MM. les membres du Concours médical.

Ce volume peut être offert en étrennes, car, dit dans la préface M. le Doct. Dujardin-Beaumetz : « Cet ouvrage n'est pas seulement destiné au public médical et, de même qu'aux conférences de médecine nous voyions accourir un grand nombre de personnes étrangères à la médecine, de même aussi le livre du Dr Crouigneau sera lu avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine. » Au lendemain de ces fêtes, où nous avons beaucoup vu, beaucoup entendu et quelque peu retenu, il nous a paru, ajoute l'auteur, faire un travail utile en réunissant nos notes et nos souvenirs. Pour les uns, nous compléterons ce qu'ils n'ont pas eu l'occasion d'apprendre ; pour les autres, nous leur rappellerons des détails oubliés ou passés inaperçus ; pour tous, nous ferons revivre, s'il est possible, quelques-unes de ces belles journées, qui empruntaient au rayonnement glorieux de notre belle France, le plus pur de leur auréole et de leur captivant attrait. » Nous recommandons à nos confrères ce livre unique, très consciencieusement complet.

II. — Sous presse : *Formulaire de médecine pratique*, par le Dr E. Monin, notre confrère du Concours médical ; nous reviendrons sur cet ouvrage qui sera mis en vente le mois prochain.

III. — *L'Aristotypie*, par le Commandant V. Legros, avec une épreuve du Dr Liesegang intercalée ; cette épreuve a été fournie par le Dr Liesegang lui-même, in-18 jésus de 100 pages ; prix fort, 2 fr.

IV. — Lire dans la seizième livraison des Sciences biologiques, prix 1 fr. 25, une remarquable étude du Dr Trolard, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger sur l'*Etude anatomique, physiologique et pathologique des veines méningées moyennes.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzieme année — N° 51 — 20 Décembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LE CONCOURS MÉDICAL & SES ŒUVRES

DEPUIS 1879

Nous avons composé le présent numéro pour rappeler à nos lecteurs habituels les diverses organisations que nous avons menées à bien de concert avec eux ; leur présenter en une seule feuille les statuts et la situation de chacune des sociétés qu'ils ont fondées, pour qu'ils puissent les consulter au besoin, et surtout lorsqu'ils veulent faire de la propagande auprès de leurs confrères. Nous supprimons des statuts des diverses sociétés les articles de réglementation générale qui ne sont pas strictement nécessaires pour l'intelligence de l'œuvre, à cause de l'espace qui nous ferait défaut,si nous les reproduisions dans leur intégrité. Nous indiquons les diverses sociétés dans l'ordre de leur fondation.

Nous avons voulu aussi mettre sous les yeux de tous les médecins qui recevront ce journal des éléments d'information suffisants pour que les préventions que le *Concours médical* a pu susciter à son arrivée finissent de se dissiper. *Il est vrai qu'elles n'existent plus que dans l'esprit des confrères qui ne le connaissent que par la réception de quelques numéros et par ouï-dire.*

Nous les sollicitons de venir grossir nos rangs, en nous adressant leur adhésion aux statuts de notre société ; il leur suffira de remplir la formule d'adhésion et dans le cas où ils ne feraient pas partie d'un *Syndicat*, de l'*Association générale*, ou d'une *société médicale* dans laquelle on n'est admis qu'au scrutin, de se faire présenter par un membre du *Concours médical.*

Plus notre société sera nombreuse, plus il nous sera aisé d'accomplir les entreprises professionnelles que nous préparons pour l'avenir. A tout médecin nous pouvons dire, sans crainte d'être démentis : Le *Concours médical* a fait beaucoup de bien et jamais aucun mal depuis son origine ; venez à lui et aidez-le ainsi à faire encore mieux.

Le Journal Le Concours médical et la Société du Concours médical.

La *Société du Concours médical* est une Association de médecins qui s'est fondée en 1879 par l'initiative, et sous la direction du Dr Cézilly, pour l'étude et la défense des intérêts professionnels et la constitution de toutes les œuvres d'assistance et de prévoyance.

Le journal « *Le Concours médical* », journal hebdomadaire de médecine et de chirurgie, a été entre les mains de son fondateur l'instrument qui lui a permis la création de la Société. Il en est l'organe et le soutien, de même que le *Bulletin des Syndicats* est l'organe et le soutien des Syndicats médicaux. Une part de ses colonnes est consacrée à la médecine, chirurgie, obstétrique, hygiène, etc., et une autre aux questions d'intérêt professionnel. Il a le souci de tenir ses lecteurs au courant du mouvement scientifique et, depuis 11 années, il prend la part la plus active à la campagne de relèvement de la profession médicale.

Statuts de la Société du Concours Médical

Article premier. — Il est fondé une Société entre : d'une part, le Docteur Cézilly, fondateur du *Concours médical*, et d'autre part, tous ceux qui adhéreront aux présents statuts, d'après le mode indiqué à l'article 16, ci-après.

Art. 2. — Cette Société se dénomme : *Société civile du Concours médical.*

Art. 3. — La Société a pour objet l'étude et la mise en pratique des œuvres reconnues utiles à la profession médicale.

Art. 4. — Les docteurs en médecine ou officiers de santé reçus dans une Faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la Société civile.

Art. 5. — Le nombre des membres de la Société civile n'est pas limité.

Art. 6. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres ; mais cette exclusion ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un règlement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

Art. 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par simple lettre adressée au Directeur.

Art. 8. — Le sociétaire qui se retire ou qui est l'objet d'une exclusion perd, *ipso facto*, tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune réclamation.

Art. 9. — Le fonds social se compose :

A. De la somme de 32.000 *francs.*

B. Des revenus de ladite somme.

C. De tous les dons faits au profit de la Société ; en un mot de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société, de quelle source que ce soit.

Art. 10. — Le fonds social ne peut, en aucun cas, être distribué entre les sociétaires par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but d'utilité générale, et en tout cas, que conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Partie de ce fonds pourra être affectée, par cette assemblée, aux besoins d'un ou plusieurs sociétaires dans un but de solidarité et de confraternité.

Art. 11.— Le docteur Cézilly est directeur de la Société, conformément à l'article 1885 du code civil.

Art. 12. — Près du Directeur est institué un *Conseil de Direction* composé de *trois membres* nommés par l'Assemblée générale, sur la présentation du Directeur. — Sous la présidence du Directeur, ce Conseil dirige la Société, et administre les fonds. — Les fonctions de ces membres sont gratuites ; mais ils reçoivent un jeton de présence dont la valeur est fixée à 20 fr. Le Conseil siège au moins trois fois l'an. — Il exécute les décisions de l'Assemblée générale et il adresse à l'Assemblée générale un rapport annuel sur la situation morale et matérielle de la Société.

Art. 13. — Chaque année a lieu une assemblée générale des sociétaires : cette assemblée prononce souverainement sur toutes les questions intéressant la Société civile.

Art. 14. — L'assemblée délibère valablement à la majorité absolue des membres présents, quelqu'en soit le nombre.

Art. 15. — L'adhésion aux présents statuts sera constatée :

Pour tout médecin qui désirera faire partie de la Société : par la signature d'une formule d'adhésion et par le versement d'un droit d'entrée de 10 francs, destiné à accroître le fonds social. Ces formalités remplies, sa carte de sociétaire lui sera expédiée.

Art. 16. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts, ni aux conventions qui les précèdent, que du consentement des parties contractantes, savoir :

Le Directeur du *Concours médical*, propriétaire du journal, d'une part,

Et d'autre part la *Société civile du Concours médical.*

Art. 17. — Les modifications dont il est parlé à l'article précédent seront faites, en ce qui concerne la Société civile, par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, avec indication préalable de l'ordre du jour.

Art. 18. — Le journal *Le Concours médical* est l'organe de la *Société du Concours médical* ; mais les membres de la Société ne sont pas tenus de devenir les abonnés du journal. — Celui-ci adresse aux membres de la Société, non abonnés, les numéros contenant le compte rendu des *Assemblées* et des *Actes.*

Nota. — *Conformément à la décision de l'Assemblée générale du 7 novembre* 1886 *et sur l'offre du Directeur du Concours, chaque adhérent nouveau peut se dispenser de verser son droit d'entrée à la Société, s'il s'abonne au journal, le Directeur du journal faisant abandon à la Société du prix de la première année d'abonnement.*

La Société possède un capital d'environ trente-trois mille francs. Elle a un budget annuel de deux mille francs. Conseil de direction : Dr Cézilly, directeur ; membres : Dr Gassot (de Chevilly) ; Dr Gibert (du Havre) ; Dr Maurat (de Chantilly).

Caisse de prévoyance

Une des premières préoccupations du Concours médical fut de développer l'esprit de prévoyance parmi ses membres et de leur faciliter l'accès de l'assurance sur la vie. C'est pourquoi il créa sa caisse de prévoyance destinée à parer à l'un des plus notables inconvénients de l'Assu-

rance sur la vie, la *déchéance*, la perte qu'éprouve l'assuré, lorsqu'il ne peut, momentanément, payer ses primes;

Règlement de la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

Art. I. — Dans le but de faciliter l'assurance sur la vie aux membres de la Société civile du Concours Médical, il est créé une caisse spéciale, dite : *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.*

Art. II. — Cette caisse a pour fonction de verser, dans des conditions déterminées, les primes que les assurés seraient accidentellement empêchés de payer de leurs deniers. Elle évite ainsi un dommage qui résulte toujours, pour un assuré, de sa gêne momentanée.

Art. III. — La caisse de prévoyance est alimentée :

1° par les versements qu'opèrent les participants ;

2° par les dons, legs, etc..., faits en sa faveur ;

3° par les intérêts accumulés provenant de ces sommes.

Art. IV. — Elle est administrée par le Directeur et le Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical.

Art. V. — Pour avoir le droit de recourir à la caisse de prévoyance, les assurés sur la vie doivent :

1° avoir une police d'assurance qui puisse être transférée à un tiers et être résiliée, si besoin est, avant l'expiration du contrat.

2° être participant à la caisse depuis un délai minimum de cinq années.

Art. VI. — Sont participants à la caisse les membres de la Société civile du Concours médical qui se sont conformés aux dispositions suivantes :

1° Avoir versé à la caisse, au moment où l'assurance a été contractée, une somme initiale unique ou s'être assuré à l'*une des grandes compagnies d'assurances françaises sur la vie qui auraient contracté un traité régulier avec la Société civile du Concours médical.*

2° avoir versé à la caisse, à une époque quelconque de la durée du contrat, une somme unique ou des annuités, ainsi qu'il est dit à l'article 8.

Art. VII. — Le versement prévu au § 1er de l'article précédent est égal au quart (25 %) du montant de la prime annuelle payée par l'assuré.

Ce versement peut être effectué par la compagnie d'assurances sur la Vie qui aurait traité avec la Société.

L'assurance ainsi contractée suffira donc à créer un droit naturel à la participation.

Art. VIII. — Le versement exigible des assurés au cours de leur contrat et stipulé au § 2 de l'article 6 est égal au tiers (33 %) du montant de la prime annuelle.

Ce versement unique peut être remplacé par le paiement de cinq annuités consécutives dont le montant est égal à 7 % de la prime annuelle. Le droit aux bons offices de la caisse commence, dans ce cas, une année après le paiement de la cinquième annuité.

Art. IX. — Tout participant qui réclame le versement de sa prime par la caisse de prévoyance doit transférer sa police à celle-ci représentée par le trésorier. Ce transfert devient le gage du prêt.

En aucune circonstance la caisse ne peut éprouver aucune perte du chef de ce prêt. La police est restituée à l'emprunteur dès qu'il a remboursé le capital (augmenté des intérêts à 3 %) des avances qui lui ont été faites.

Art. X. — La durée des versements consécutifs de la prime annuelle de l'un des assurés ne peut, en droit, excéder trois années. Les administrateurs ont la faculté de prolonger cette durée.

Art. XI. — Dans le cas où, au bout de ces trois versements, l'assuré déclare ne pouvoir reprendre de lui-même le paiement de ses primes, *la Caisse de prévoyance* fait les démarches nécessaires pour la résiliation de la police, ou elle continue, si ses ressources le lui permettent, les versements pour son propre compte. En cas de décès de l'assuré ou de l'expiration du contrat, elle tient compte aux héritiers ou à l'assuré des résultats de l'assurance dans les proportions des versements respectifs. Dans ce dernier cas, les intérêts de l'assuré ont été protégés absolument comme s'il avait pu et voulu tenir les engagements du contrat primitif dans leur intégrité.

Art. XII. — La caisse de prévoyance n'est tenue à ses engagements que jusqu'à épuisement de ses ressources. Dans ce cas, elle met l'assuré en demeure de reprendre le paiement de ses primes et, si celui-ci ne peut le faire, elle poursuit la résiliation du contrat comme à l'article précédent.

Art. XIII. — Les fonds de la caisse de prévoyance sont déposés dans un établissement public sous la forme de valeurs telles que Rente Française, obligations du Crédit Foncier ou des grandes Compagnies de chemin de fer Français.

Les placements de fonds et les ventes sont opérés par les soins du Directeur qui délivre reçu des versements à la caisse et signe avec le trésorier les pièces constatant les sorties de fonds.

Art. XIV. — Les fonds de la caisse de prévoyance demeurent la propriété de la Société Civile du Concours médical, mais ils ne peuvent recevoir une autre affectation que celle ci-dessus indiquée tant qu'il existera un ou plusieurs participants.

Art. XV. — En cas de contestation, les participants s'interdisent tout recours par les voies judiciaires, mais ils ont le droit d'appel devant l'assemblée générale des membres de la Société civile du Concours médical qui statue souverainement.

La Caisse de prévoyance possède un capital de plus de huit mille francs.

Syndicats.

Quelque rapide que fût l'accroissement du nombre de ses adhérents, le *Concours médical* ne pouvait avoir la prétention de compter promptement un nombre de sociétaires suffisant pour exercer dans un bref délai l'action professionnelle qui était son but. C'est pourquoi il créa, par ses amis, des sociétés syndicales comptant nombre de médecins qui, mal informés sur les tendances du Concours, ne seraient pas venus à lui. Dès 1882 ce mouvement fut inauguré, et en 1884 déjà cent syndicats étaient fondés. Si l'interprétation de la loi de cette époque a entravé le mouvement général de syndication, il ne l'a pas arrêté et le mois dernier, par exemple, trois syndicats nouveaux se sont fondés. Nous donnons un modèle des statuts les plus répandus.

Statuts d'un syndicat.

Art. I. — Il est établi entre tous les médecins.... qui adhéreront aux présents statuts, sous le nom de syndicat des.... une association de défense et de protection des intérêts de ses membres, dans l'exercice de leur art. Son siège est à

Art. II. — L'Association syndicale a pour but :

1° D'établir des rapports permanents entre les médecins, de leur apprendre à se connaître et à se protéger mutuellement;

2° De faire tous ses efforts pour concilier les conflits qui peuvent surgir entre confrères;

3° De venir en aide à ses membres et de se concerter pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine;

4° De communiquer les renseignements nécessaires pour l'établissement des jeunes confrères, qui en feraient la demande, par des rapports suivis avec les associations syndicales de diverses régions;

5° D'étudier toutes les questions ayant trait à la médecine publique.

Art. III. — L'Association syndicale se compose de tous les médecins du département, ou des communes limitrophes, ayant adhéré aux présents statuts.

Art. IV. — Tout médecin qui désirerait faire partie de l'Association syndicale devra en faire la demande à un membre du Bureau. L'admission définitive sera confirmée par un vote de l'Assemblée générale, à la majorité des membres présents et au scrutin secret.

Art. V. — Chaque adhérent s'engage à verser une cotisation annuelle de ..... francs.

Art. VI. — Le sociétaire qui se retirera, ou qui sera l'objet d'une exclusion, perdra, par ce seul fait, tous ses droits sur les fonds qu'il aura versés, à quelque titre que ce soit, et ne sera admis à faire valoir aucune réclamation.

Art. VII. — En cas de dissolution de l'Association syndicale, la somme restant disponible sera versée à l'Union des Syndicats.

Art. VIII. — L'Association est administrée par un conseil composé d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire-trésorier.

Art. IX. — Chacun des membres du conseil est nommé pour un an, en réunion générale, à la majorité absolue des membres présents, et au scrutin secret. Les membres sont rééligibles.

Art. X. — Les réunions générales auront lieu deux fois par année en ..... et en .....

Art. XI. — En cas d'urgence le conseil pourra provoquer une réunion générale, pour un fait imprévu ou de nature grave.

Art. XII. — Les décisions du Conseil, comme celles de l'Association entière, seront prises à la majorité des membres présents à la réunion. Si les suffrages exprimés ne représentent pas à un premier tour la majorité absolue, il sera, séance tenante, procédé à un second tour de scrutin, à la suite duquel les décisions seront prises à la majorité relative.

Art. XIII. — Il est créé une Commission d'initiative, composée de membres, comprenant outre les trois membres du Conseil de l'Association syndicale, quatre membres nommés à l'élection, *en assemblée générale*, au scrutin secret, et à la majorité des membres présents. Ces quatre membres, comme les membres du conseil, sont nommés pour un an et sont rééligibles. Ils contractent l'obligation morale de prêter leur concours au Conseil de l'Association toutes les fois que les circonstances l'exigent. Ils doivent faire tous leurs efforts pour se rendre aux convocations du président de l'Association. Lorsqu'ils ne se seront pas excusés de manquer à trois appels consécutifs, ils seront considérés comme démissionnaires et remplacés à la réunion générale suivante.

Art. XIV. — Le Conseil de l'Association est chargé de veiller à l'intérêt de la corporation et à l'exécution des statuts. Il conseillera les membres pour leurs affaires personnelles.

Art. XV. — Le président convoque, quand il le juge utile ou nécessaire, les membres du Conseil et de la Commission d'initiative.

Art. XVI. — Le secrétaire-trésorier est chargé de recueillir et conserver les procès-verbaux, d'expédier les convocations, et mentionner les questions étudiées, de tenir la correspondance, de percevoir les cotisations.

Artr. XVII. — A l'Assemblée générale appartient le droit exclusif de prendre des décisions de n'importe quelle nature, à la majorité des voix des membres présents, et selon les dispositions formulées à l'article *XII*. L'assemblée générale décidera de la publication de tels ou tels document utiles à l'Association syndicale. Elle réglera chaque année l'emploi des fonds, et aura seule le droit de se prononcer sur l'exclusion de ses membres.

Art. XVIII. — La seule pénalité est la radiation.

Art. XIX. — Les statuts pourront être modifiés en Assemblée générale, toutes les fois que l'intérêt de l'Association l'exigera. Il suffira que la sixième partie des membres adhérents formule une demande de revision des statuts de l'Association syndicale, pour que cette demande soit portée devant l'assemblée générale suivante et discutée par elle.

Art. XX. — Les adhérents ne s'occuperont jamais, en réunion, de matières étrangères au but de la Société.

Les syndicats possèdent un capital de 40 à 50,000 francs.
Leurs cotisations sont variables.

Union des Syndicats.

La généralisation des syndicats médicaux fit promptement sentir la nécessité d'un moyen d'entente, d'action commune et, notamment à l'occasion du procès de Domfront, on résolut de

créer une fédération des syndicats ; le bureau de celle-ci se ferait l'exécuteur des vœux formulés par la majorité des syndicats et ce bureau constitué résolut de publier un journal spécial, le *Bulletin des syndicats médicaux*, qui serait envoyé gratuitement à tous les médecins syndiqués, qu'ils fussent ou non membres du *Concours médical.*

Statuts de l'Union des Syndicats.

Article 1er. — A partir du 1er janvier 1885 il est institué une *Union* entre les Syndicats médicaux de France régulièrement constitués, conformément à la loi du 21-22 mars 1884, qui auront adhéré aux présents statuts.

Art. 2. — Le siège de l'*Union* des Syndicats médicaux de France est à Paris, rue Beuret, n° 4. Sa durée est illimitée.

Art. 3. — Cette Union a pour but de poursuivre les modifications et les améliorations légitimes que réclame le corps Médical Français, par l'organe de ses syndicats, relativement à l'exercice de l'art de guérir.

Art. 4. — *L'Union* est représentée par un bureau composé de cinq membres choisis, chaque année, en assemblée générale des délégués des syndicats au scrutin secret, à la majorité absolue des membres présents, le vote par correspondance étant formellement interdit.

Art. 5. — Chaque syndicat adhérent, quel que soit le nombre de ses membres, n'aura le droit d'envoyer qu'un délégué à l'Assemblée générale annuelle

Art. 6. — La durée des fonctions des membres du bureau est d'une année. Leur mandat est renouvelable.

Art. 7. — Le Bureau se réunit au moins deux fois par an ; il désigne son Président et son secrétaire-trésorier.

Art. 8. — Il étudie les meilleurs moyens pratiques de réaliser les vœux formés par les divers syndicats et fait toutes les démarches nécessaires pour obtenir ce résultat.

Art. 9. — Il est assisté d'un conseil judiciaire qui prend rang à ses séances avec voix consultative.

Art. 10. — Le Bureau signale aux Syndicats adhérents les questions dont la solution immédiate lui paraît le plus urgente ; mais, respectueux de l'individualité et de l'autonomie des différents syndicats, il reçoit tous les documents et étudie toutes les questions que ceux-ci jugent à propos de lui soumettre. De plus, il se tient à la disposition des syndicats pour leur fournir les renseignements dont ils auront besoin.

Art. 11. — Chaque année, un compte rendu des travaux du Bureau *sera lu en assemblée générale* des syndicats à Paris.

Art. 12. — Pour subvenir aux frais divers de *l'Union*, il est institué une caisse alimentée par : 1° un versement annuel de chacun des Syndicats unis, à raison de 2 fr. par membre ; 2° des dons volontaires.

Art. 13. — Les sommes provenant de ces diverses sources seront remises entre les mains du Trésorier qui en délivrera récépissé. Il soldera les dépenses prévues par le Bureau.

Art. 14. — Le Trésorier devra faire connaître l'état de la Caisse à chaque réunion du Bureau ; de plus, il rendra compte de sa gestion, chaque année, en assemblée générale des délégués.

Art. 15. — Les sommes disponibles dépassant mille francs seront déposées au Comptoir d'Escompte, au nom du Président et du Trésorier. Elles ne pourront être retirées que sur un bon revêtu de leurs deux signatures.

Art. 16. — La dissolution de *l'Union* ne pourra être prononcée qu'en *Assemblée générale à la majorité des Trois quarts des délégués présents*. L'assemblée déciderait de l'emploi des fonds existant en caisse, au moment de la dissolution.

Délibéré à Paris le trente décembre mil huit cent quatre-vingt-quatre.

Pour copie conforme, *Le Président* : GIBERT.

Le Secrétaire : A. BARAT-DULAURIER.

L'Union des Syndicats possède, soit à sa réserve, soit à son budget de recettes, la somme de 2.858 fr.

L'Union des Syndicats est dirigée par son bureau composé de MM. les docteurs MIGNEN, *président* ; CÉZILLY, *vice-président* ; GAUTHIER et LADMIRAL, *assesseurs* ; MAURAT, *secrétaire général trésorier* ; LÉCUYER, *secrétaire adjoint*.

L'Union des Syndicats dispose d'un Budget annuel de deux à trois mille francs consacré à des entreprises d'intérêt général.

Société de protection des victimes du devoir médical.

L'Association générale, celle de la Seine, les Sociétés locales ont pour but le secours à tous les médecins et à leurs familles. Ils ne visent pas spécialement le médecin qui s'est dévoué d'une façon telle qu'il a dépassé les limites de son devoir et que dès lors une dette spéciale a été contractée vis-à-vis de lui ou des siens. La Société de protection a été créée par le *Concours médical* pour combler une lacune.

Statuts de la Société de protection des victimes du Devoir Médical.

ARTICLE PREMIER.

La Société de protection des victimes du devoir médical, fondée en 1888, a pour but de venir en aide moralement et parfois matériellement aux familles des médecins et de ceux qui, à la suite d'un acte

exceptionnel de dévouement, accompli dans l'exercice de la médecine, sont morts ou sont devenus incapables de continuer à pratiquer leur profession.

Les élèves des hôpitaux (stagiaires, externes ou internes) sont assimilés aux médecins.

Elle a son siège à Paris, 23, rue de Dunkerque.

ART. 2.

L'Association se compose de membres *titulaires*, de membres *donateurs*, de membres *honoraires* et des membres *fondateurs* qui jouissent tous des mêmes droits et dont les noms sont publiés dans le bulletin de la Société.

Pour être membre titulaire, il faut :

1° Etre présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration.

2° Payer une cotisation annuelle de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée par le versement d'une somme de deux cents francs.

Les membres *donateurs* sont ceux qui auront versé à l'œuvre une somme de cinq cents francs au moins.

Les membres *honoraires* sont les personnes auxquelles le Comité de patronage aura conféré ce titre à raison d'un service signalé rendu à l'œuvre.

Les membres *fondateurs* sont ceux qui ont constitué le premier *Comité de patronage*.

ART. 3.

La direction morale de la Société appartient à un *Comité de patronage*.

Le Comité propage l'œuvre ; ses membres mettent leur influence à la disposition des personnes protégées par la Société ; ils ne sont tenus à aucune obligation.

Le Comité se compose de 25 membres. Ils sont élus pour cinq ans, en assemblée générale, renouvelables chaque année par cinquième. Ils sont rééligibles.

Le comité élit un bureau composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire qui tient procès-verbal des séances et d'un trésorier.

Le président du Comité prend le titre de *Président de la Société*.

Le Comité se réunit sur la convocation de son président, ou sur la demande du *Conseil d'Administration*, ou sur celle de cinq de ses membres.

En cas de vacances, le Comité pourvoit au remplacement de ses membres, sauf ratification par la plus prochaine assemblée générale.

Le comité nomme les membres honoraires.

Le Comité délibère sur les objets qui intéressent l'œuvre et il transmet le résultat de ses délibérations au *Conseil d'Administration*, qui les soumet à l'Assemblée générale.

Il assiste le bureau du *Conseil d'Administration* qui préside l'assemblée générale.

ART. 4.

La Société est administrée par un Conseil de cinq membres élus pour trois ans par l'Assemblée générale sur la présentation du *Comité de patronage*.

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres un bureau composé d'un président, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Le bureau est élu pour trois ans.

Le conseil se réunit tous les 3 mois et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du *Comité de patronage*.

En cas de vacances, le Conseil pourvoit au remplacement de ses membres sauf ratification par la plus prochaine assemblée générale.

Le renouvellement du Conseil a lieu tous les trois ans.

Les membres sortants sont rééligibles. La présence de trois membres du Conseil d'Administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

ART. 11.

Lorsqu'un acte exceptionnel de dévouement médical, dont l'appréciation appartient au Conseil d'Administration, sauf recours à l'Assemblée générale, aura entraîné la mort ou l'incapacité professionnelle, il devra être établi soit par la famille du médecin, soit par les délégués de la Société, un procès-verbal d'enquête relatant les faits et les déclarations des principaux témoins. Ce procès-verbal sera, autant que possible, accompagné d'un avis motivé du Maire, ou du Commissaire de Police ou de la Gendarmerie. Les signatures devront être légalisées. L'association demandera, s'il y a lieu, l'avis de la Faculté ou de l'Ecole de médecine dans la circonscription de laquelle les faits se seront produits.

DISPOSITION TRANSITOIRE.

Le premier Comité de patronage est constitué comme suit :

Président : M. THÉOPHILE ROUSSEL. — *Vice-Présidents :* MM. FRANCK-CHAUVEAU ; HENRI MONOD. — *Secrétaire :* M. CEZILLY. — *Trésorier :* M. CHASTAING. — *Membres :* MM. BROUARDEL ; COLIN (LÉON) ; DUJARDIN-BEAUMETZ ; CUVINOT ; FARCY ; GIBERT ; GRANCHER ; HYADES ; LABORDE ; LEREBOULLET ; MAGNIER ; MAURAT ; NICOLAS ; NOCARD ; STEEG (J.) ; TREILLE ; TRÉLAT (ULYSSE).

Bulletin d'adhésion à la Société de protection des victimes du Devoir Médical.

Je soussigné ________________________ *demeurant à* ________________________
déclare adhérer aux Statuts de la Société de Protection à titre de

*MEMBRE TITULAIRE**

et je verserai à l'œuvre la somme annuelle de 20 francs, ou la somme, une fois donnée, de 200 francs.

*MEMBRE DONATEUR***

et je verserai à l'œuvre la somme de

EXTRAIT DES STATUTS : ARTICLE 2.

* *Pour être Membre* TITULAIRE, *il faut payer une cotisation annuelle de 20 francs, ou racheter cette cotisation, en versant une somme de 200 francs.*

** *Pour être Membre* DONATEUR, *il faut verser à l'œuvre une somme de cinq cents francs au moins.*

La Société de protection a reçu à ce jour de 9 à 10 mille francs de dons et elle est venue en aide aux familles de deux médecins morts victimes du devoir.

Caisse des pensions de retraite des médecins de France.

C'est encore dans la période de 1882 à 1884, que le *Concours médical* continuant sa marche dans la voie de la prévoyance, a fondé la *caisse des pensions*, son œuvre sûrement la plus importante et appelée à rendre tant de services aux médecins soucieux de leur avenir et qui, une fois leur famille protégée par l'assurance sur la vie, veulent se protéger eux-mêmes pour leurs vieux jours.

Une caisse de secours, bien dotée, ajoute l'intervention de la confraternité au droit strict qui fait la base des *statuts de la caisse des pensions :*

STATUTS. — CHAPITRE 1er. — *Institution et administration.*

Art. 1er. — Il est institué à Paris une Caisse des Pensions de Retraite pour les docteurs-médecins et officiers de santé de nationalité française légalement autorisés à exercer leur profession en France.

Le siège social de cette institution est à Paris, place Saint-Georges, n° 22.

Art. 2. — Pour être admis à participer à la Caisse de Retraite, il faut être présenté par deux membres adhérents, fournir la preuve qu'on appartient au Corps médical du pays, et prendre un engagement conforme au modèle ci-dessous.

Les étudiants en médecine régulièrement inscrits dans une des Facultés de l'État,

Et les femmes des médecins faisant partie de l'institution,

Sont assimilés aux médecins et peuvent être admis aux mêmes conditions pour jouir des mêmes droits et des mêmes avantages.

L'admission définitive des adhérents est prononcée par le Comité Directeur.

Art. 3. — La Caisse est gérée par un Comité Directeur sous la surveillance d'un Conseil de Censeurs. Le mandat des membres de ces deux Collèges est gratuit ; il ne leur sera alloué que des indemnités de voyage et des frais de bureau.

Art. 4. — Le Comité Directeur est composé de sept membres, tous participants :

Art. 5. — Le Conseil des Censeurs est composé de dix-huit membres tous participants dont neuf au moins pour les départements.

Art. 6. — Le Comité Directeur et le Conseil des Censeurs forment le Conseil général de l'Œuvre.

Art. 7. — Une Assemblée générale des participants a lieu chaque année à Paris ; elle est provoquée et présidée par le Comité Directeur.

CHAPITRE II. — *Participation et cotisations.*

Art. 8. — Les participants à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français payeront annuellement des cotisations indiquées par les tableaux ci-dessous suivant le mode de versement qu'ils choisiront à leur entrée dans l'Association.

TABLEAU A.

Prime annuelle à verser pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans).

AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite
	F.			F.			F.	
20	77	60	36	188	60	52	560	62
21	81	60	37	201	60	53	535	63
22	85	60	38	215	60	54	510	64
23	90	60	39	230	60	55	484	65
24	95	60	40	247	60	56	460	66
25	100	60	41	265	60	57	438	67
26	105	60	42	287	60	58	413	68
27	111	60	43	311	60	59	391	69
28	117	60	44	337	60	60	373	70
29	124	60	45	363	60	61	352	71
30	131	60	46	402	60	62	334	72
31	139	60	47	442	60	63	316	73
32	147	60	48	490	60	64	298	74
33	156	60	49	546	60	65	280	75
34	166	60	50	614	60			
35	177	60	51	588	61			

TABLEAU B

Arrérage à payer pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans) en ne versant plus qu'une annuité de cent francs.

AGE d'entrée	ARRÉRAGE	AGE de retraite	AGE d'entrée	ARRÉRAGE	AGE de retraite	AGE d'entrée	ARRÉRAGE	AGE de retraite
	F.			F.			F.	
26	104	60	40	2082	60	54	3460	64
27	212	60	41	2270	60	55	3240	65
28	325	60	42	2464	60	56	3038	66
29	442	60	43	2667	60	57	2852	67
30	563	60	44	2878	60	58	2641	68
31	690	60	45	3097	60	59	2456	69
32	821	60	46	3325	60	60	2304	70
33	958	60	47	3562	60	61	2126	71
34	1100	60	48	3808	60	62	1975	72
35	1249	60	49	4065	60	63	1823	73
36	1402	60	50	4331	60	64	1671	74
37	1563	60	51	4119	61	65	1519	75
38	1729	60	52	3882	62			
39	1902	60	53	3671	63			

Art. 9. — En cas d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance pour le participant. Toutefois sa pension ne pourra, dans aucun cas, être liquidée s'il n'a pas versé au moins dix annuités.

Si le participant a versé au moins dix annuités au moment où il atteint soixante ans, le Comité Directeur aura mission de calculer la retraite proportionnelle à laquelle ces versements lui donneront droit......

CHAPITRE III. — *Comptabilité et contrôle.*

Art. 11. — Les fonds et les valeurs appartenant à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français seront déposés à la Banque de France....

Le retrait de ces valeurs ne pourra s'effectuer qu'après une délibération spéciale du Comité Directeur et sur le reçu du Trésorier et des deux membres du Comité délégués auprès de lui.

CHAPITRE IV. — *Retraites.*

Art. 17. — Le service de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français ne fonctionne pas pendant les dix premières années. Les sommes versées à la Caisse pendant cette période constitueront un capital inaliénable.

Par la suite, le capital inaliénable sera augmenté tous les ans de 15 %, de toutes les recettes ordinaires de la Caisse et de tous les dons manuels, abandons de pensions, etc., ayant reçu des donateurs cette destination spéciale.

Art. 18. — Le droit à la retraite ne s'ouvre pour chaque adhérent qu'après soixante ans d'âge et dix ans de participation pendant lesquels il aura régulièrement versé ses cotisations.

Art. 19. — A dater de 1894, les adhérents qui, après trois ans au moins de participation, tomberont dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de leur profession, pourront, sur leur demande justifiée et après avis favorable du Comité Directeur, se voir attribuer annuellement par l'Assemblée générale une pension dont le titre ne pourra excéder celui de la pension totale type ou de la retraite souscrite.

Art. 20. —Les femmes des adhérents faisant partie elles-mêmes de l'Association pourront, à la mort de leur mari, demander la liquidation de leur propre pension qui sera réglée proportionnellement au chiffre pour lequel elles auront souscrit, au prorata du capital acquis par leurs versements effectués et d'après la vie moyenne à leur âge suivant la table de Deparcieux.

Art. 21. — Si l'un des deux cas prévus par les art. 19 et 20 se présente pendant les dix premières années d'existence de la Société, la Caisse remboursera au participant ou à la veuve participante la totalité de ses versements avec intérêts composés calculés au taux de 4 %.

Art. 23. — La pension ne pourra, pour le moment, dépasser le chiffre maximum de 1,200 francs.

Si la portion disponible des recettes ordinaires est plus que suffisante pour porter la pension à ce chiffre, l'excédent sera divisé en trois parts égales.

L'une ira grossir le capital inaliénable.

La seconde sera réservée pour, en cas de besoin, les années suivantes, parfaire le chiffre des pensions. La réserve ainsi constituée ne pourra pas dépasser 50,000 fr.; au-dessus de ce chiffre le surplus sera attribué au capital inaliénable.

Enfin la troisième sera affectée au service de la Caisse auxiliaire dont il sera parlé plus loin.

CHAPITRE VI. — *Caisse auxiliaire.*

Art. 30. — Une Caisse spéciale sera annexée à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français. Elle sera alimentée par une retenue de 1 % sur les recettes ordinaires de la Caisse et par les ressources propres qui pourront lui être créées ultérieurement, en particulier par un droit d'entrée fixe imposé aux nouveaux adhérents suivant l'âge et la prospérité de l'Œuvre. Elle recevra en

outre d'une façon générale toutes les recettes extraordinaires telles que dons manuels sans destination spéciale, abandons de pensions, etc.

Art. 31. — La Caisse auxiliaire aura pour objet de faire face aux diverses nécessités qui pourraient se présenter et auxquelles ne peut parer la Caisse de Retraite.

Elle servira en particulier les pensions accordées en vertu de l'article 19 et viendra en aide aux veuves et aux orphelins des participants.

Elle sera administrée exclusivement par le Comité Directeur qui devra rendre compte au Conseil des Censeurs et à l'Assemblée générale, de l'emploi de ses fonds.

19 octobre 1884.

Le Président, DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Le Secrétaire général,* L. LANDE.

La Caisse des pensions de retraite possède au 1er novembre 1890 la somme de *deux cent cinquante-neuf mille deux cent quatre-vingt-treize francs* (259,293 fr.).

Association de la presse médicale.

Le *Concours médical* exerce son action dans sa sphère ; mais cette action professionnelle est forcément limitée par le nombre des lecteurs du journal de la Société. Il était important de rechercher les moyens de l'étendre, pour accroître l'action médicale et obtenir des pouvoirs publics les réformes désirables.

C'est pourquoi le Concours s'est concerté avec M. le Dr de Ranse, directeur de la *Gazette médicale de Paris*, et, grâce à l'intervention de M. le professeur Cornil, le syndicat de la presse médicale a été constitué.

Association de la presse médicale.

Voici la liste des membres de l'Association et les *Statuts*.

STATUTS

Article premier. — Il est établi à Paris, sous le bénéfice de la loi de 1884, un syndicat professionnel sous la dénomination d'*Association de la Presse médicale.*

Art. 2. — Cette Association a pour but et pour objet l'étude et la sauvegarde des intérêts de la Presse médicale.

Art. 3. — Elle comprend des membres fondateurs et des membres titulaires, jouissant exactement les uns et les autres des mêmes droits.

Art. 4. — Sont membres fondateurs les signataires des présents statuts.

Art. 5. — Pour faire partie de l'Association comme membre titulaire, il faut : 1° être docteur en médecine ; 2° être propriétaire, directeur, rédacteur en chef d'un journal de médecine ou délégué en vertu d'un pouvoir régulier ; 3° être présenté par deux membres de l'Association ; 4° être élu en Assemblée, à la majorité des membres de l'Association, sur les conclusions d'un rapport qui est confié à un membre autre que les deux parrains ; les membres absents peuvent voter par correspondance ou par procuration.

Art. 6. — Chaque journal ne peut avoir qu'un seul représentant au sein de l'Association.

Art. 7.— L'Association est administrée et représentée en toute occasion par trois syndics élus par elle et renouvelables par tiers tous les ans. Le sort désignera les deux sortants pour la première période triennale. Les syndics sortants sont rééligibles.

Art. 8. — L'Association a pour siège social la résidence de l'un des syndics.

Art. 9. — Les membres de l'Association paient une cotisation annuelle de trente francs, réduite à quinze francs pour les membres de province.

Art. 10. — L'Association se réunit trimestriellement le deuxième vendredi de février, mai, août et novembre, et cette réunion est suivie d'un banquet confraternel dont les cotisations servent à couvrir les frais.

En dehors de ces réunions statutaires, l'Association peut se réunir extraordinairement sur la convocation des syndics.

Paris, le vingt et un février mil huit cent quatre-vingt-neuf.

Liste des Membres de l'Association de la Presse médicale

Archives de Tocologie, directeur : Dr Auvard. — *Les Nouveaux Remèdes*, directeur : Dr Bardet. — *Annales d'Orthopédie*, directeur : Dr Bilhaut. — *Paris médical*, directeur : Dr Bouchut. — *Progrès médical*, directeur : Dr Bourneville. — *Revue mensuelle des Maladies de l'enfance*, directeur : Dr Cadet de Gassicourt.— *Concours médical,* directeur : Dr Cézilly.— *Archives de Neurologie*, directeur : Dr Charcot. — *Loire médicale*, directeur : Dr Chavanis. — *France médicale*, directeur : Dr Chevallereau. — *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie,* directeur : Dr Cornil. — *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, directeur : Dr Delefosse. — *Archives nouvelles d'obstétriques et de gynécologie*, directeur : Dr Doléris. — *Bulletin général de thérapeutique*, directeur : Dr Dujardin-Beaumetz. — *Archives générales de médecine*, directeur : Dr Duplay.— *Recueil d'ophtalmologie*, directeur : Dr Galezowski. — *Journal de la Société de Médecine pratique*, directeur : Dr Gillet de Grandmont. — *Le Praticien*, directeur : Dr Gorecki.— *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx*, directeur : Dr Gouguenheim. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, directeur : Dr Huchard.

— *Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, directeur : Dr Joffroy. — *Tribune médicale*, directeur : Dr Laborde. — *Revue mensuelle de médecine*, directeur : Dr Landouzy. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, directeur : Dr Lereboullet. — *Gazette des hôpitaux*, directeur : Dr Le Sourd. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, directeur : Dr Lucas-Championnière. — *Courrier médical*, directeur : Dr Mary-Durand. — *Semaine médicale*, directeur : Dr De Maurans. — *Journal de médecine de Bordeaux*, directeur : Dr Mauriac. — *Revue mensuelle de chirurgie*, directeur : Dr Nicaise. — *Archives d'ophtalmologie*, directeur : Dr Panas. — *Bulletin médical*, directeur : Dr Prengrueber. — *Gazette médicale de Paris*, directeur : Dr De Ranse. — *Union médicale*, directeur : Dr Richelot. — *Revue scientifique*, directeur : Ch. Richet.

Les trois syndics en exercice sont M. le professeur Cornil, M. le Dr de Ranse, M. le Dr Cézilly.
Au dernier diner, le 6 décembre, M. le professeur *Bouchard* a accepté le titre de membre d'honneur de l'Association.

Indemnité de maladie entre médecins (1).

Depuis cinq années le Concours médical a recherché les moyens de dispenser au médecin malade, moyennant une cotisation annuelle, une somme journalière qui lui permette de supporter avec plus de résignation les inconvénients multiples du chômage. Tout médecin est plus ou moins au courant des éléments de cette question, encore pendante devant le corps médical. Nous donnons les principaux paragraphes du projet d'organisation résultat des travaux et des discussions des membres du Concours médical. Voici les articles essentiels du *Projet de statuts de la Caisse d'indemnité de maladie.*

ART. 1er. — Sous le nom de *Caisse d'indemnité en cas de maladie*, l'Association générale des médecins de France crée une caisse annexe prévue par ses statuts généraux (art. 6, paragraphes 1 et 6).
ART. 2. — Les membres de l'Association générale pourront seuls s'y affilier et y recourir aux conditions énoncées plus loin.
ART. 3. — Cette caisse a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire à ses adhérents placés par la maladie ou un accident dans l'impossibilité *absolue* d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente.
ART. 5. — Ils doivent déclarer qu'ils ne sont atteints d'aucune maladie ou infirmité : ils subissent d'ailleurs un examen médical.
ART. 8. — Un retard de 15 jours dans le payement de la cotisation entraîne une amende de cinq francs.
Un retard de un mois entraîne la suspension des droits à l'indemnité jusqu'à ce que le paiement soit effectué ; le sociétaire doit, en outre, fournir un nouveau certificat médical de bonne santé.
Un retard de six mois entraîne l'exclusion et le sociétaire ne peut rentrer que comme membre nouveau.
ART. 10. — Pourra, en outre, être privé de tous ses droits tout associé qui aura causé volontairement un préjudice grave aux intérêts de l'Association (tentatives de fraude).
Dans ce cas, la décision du Conseil n'est que suspensive et doit être ratifiée par l'Assemblée générale.
ART. 14. — Lorsqu'un associé malade reprend ses occupations, il est tenu d'en prévenir immédiatement le président de l'Association locale à laquelle il appartient : faute par lui de se conformer à cette prescription, il est passible d'une amende de 20 fr.
ART. 15. — Pour participer aux avantages de la Caisse d'indemnité en cas de maladie, le sociétaire doit, outre la cotisation habituelle de 12 fr. par an, payer chaque année, par semestre (et d'avance), entre les mains du trésorier de la Société locale à laquelle il appartient : une somme à fixer d'après son âge, d'après un barème facile à établir en tenant compte, d'une part, de la moyenne de maladie *et, d'autre part, de la moyenne de survie* à l'âge du candidat. D'après ce tableau, un sociétaire entrant à 25 ans, doit payer 40 fr. La prime type de 48 fr. est atteinte à 37 ans et doublée à 60 ans.
ART. 16. — Il peut doubler sa cotisation ou la diminuer de moitié pour s'assurer double ou 1/2 indemnité.
ART. 17. — A toute époque de sa participation il peut modifier sa prime, mais en cas d'augmentation de prime il est soumis à un nouvel examen médical et est toujours soumis au stage de six mois.
ART. 19. — Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'après l'expiration du premier semestre de cotisation statutaire et après le versement du second.
ART. 21. — La caisse d'indemnité n'est engagée vis-à-vis de ses adhérents que dans les limites de son avoir.
ART. 22. — Elle alloue à ses membres une indemnité de dix francs par jour, à partir du premier jour, et pendant 120 jours pour toute maladie dûment constatée d'une durée de dix jours au moins et entraînant l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale.
ART. 23. — Tout sociétaire atteint de maladie chronique sera considéré, chaque année, comme nouveau malade et avec droit à 120 jours d'indemnité pleine, défalcation faite de sa prime annuelle qu'il continue à payer.
ART. 25. — *D'une façon transitoire*, et tant que la réserve de la Caisse n'aura pas atteint le chiffre de deux années de prime par tête de sociétaire, l'indemnité de maladie sera réglée de la façon suivante :
Le sociétaire touchera la moitié de l'indemnité due, immédiatement après constatation de guérison.
La seconde moitié de l'indemnité ne sera réglée qu'en fin d'exercice et, en cas d'insuffisance d'actif, les sociétaires malades ne la toucheront qu'au prorata de leur créance.
ART. 28. — Le conseil général de l'Association des médecins de France désigne, chaque année,

(1) Lire à ce sujet la Chronique professionnelle.

une commission composée de trois membres choisis dans son sein, chargée de présider une assemblée générale des sociétaires participants à la caisse.

Cette commission est chargée de recueillir, à titre consultatif, les vœux, observations et réclamations des dits sociétaires. Elle statue, en outre, sur l'admission des membres nouveaux.

Fonctionnement.

Art. 30. — Tout membre de l'Association générale des médecins de France désirant participer à la caisse d'indemnité en cas de maladie doit en adresser la demande au président de la Société locale a laquelle il appartient.

Il doit accompagner cette demande d'une déclaration qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité et indiquer, s'il y a lieu, la date de sa dernière maladie. Il justifie de son âge par la présentation d'un bulletin de naissance.

Art. 31. — Le président de l'Association locale délègue un des membres de l'association pour pratiquer l'examen médical du postulant. Il choisit de préférence, pour ce service, un adhérent à la caisse.

Art. 32. — Une commission composée de trois membres adhérents et du président fait à l'Association générale un rapport sur l'admission ou le refus du candidat.

A défaut de membres adhérents, et transitoirement, la commission locale est chargée de ce rapport.

Cette décision ne devient définitive qu'après ratification par le Conseil général de la caisse.

Art. 34. — Le trésorier gère ces cotisations comme les autres fonds de l'association, mais en tenant une comptabilité spéciale.

Les six premiers mois de cotisation qui doivent constituer partie de la réserve sont immédiatement adressés au trésorier général de l'Association.

Art. 33. — A chaque fin d'exercice, il adresse le reliquat des fonds disponibles au trésorier général de l'Association qui centralise les fonds de la caisse.

Art. 40. — Le président de la Société locale délivre pour le trésorier un certificat de *droit à l'indemnité*.

Ce certificat doit indiquer très exactement la date et la durée de la maladie.

Art. 41. — Sur présentation du certificat signé par le président, le trésorier paye avec les fonds de la caisse actuellement entre ses mains l'indemnité due au sociétaire, sauf les réserves transitoires de l'article 20.

Art. 42. — En cas d'insuffisance des ressources, le trésorier s'adresse à la caisse centrale.

Monsieur et très honoré confrère :

Le *Concours médical*, après vous avoir exposé les principales œuvres des onze années écoulées, vient solliciter votre *adhésion* à la Société et vous demander de vous *abonner au Journal*. Le sacrifice annuel de dix francs, dont une partie sera versée au fonds inaliénable de la Société dont vous ferez partie, n'est pas considérable. Nous espérons, que vous voudrez participer aux améliorations professionnelles que nous poursuivons et pour lesquelles votre adhésion nous serait précieuse.

Nous ne vous parlerons pas des services organisés pour le bien particulier de chaque membre du Concours : *Remplacements*, *cessions de clientèle*, *fournisseurs communs*, *conseils judiciaires*, *conseils financiers*, etc., etc., tous établis en vue d'être utiles. Nous n'ajouterons qu'un mot, venez à nous et croyez que nous mettrons en pratique pour vous, comme nous l'avons fait dans le passé pour tous les membres du Concours, notre devise :

Tout à tous et tout pour tous.

Le Directeur,
A. Cézilly.

Matières habituelles du Journal.

Ce numéro est exclusivement consacré à l'exposé professionnel. La partie scientifique, qui occupe ordinairement la plus grande place, se compose d'une Revue des événements médicaux et chirurgicaux de la semaine, d'un article de Médecine ou de Chirurgie pratique, d'obstétrique et de gynécologie, de revues substantielles sur les diverses spécialités, d'un formulaire thérapeutique et de feuilletons.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indemnité de maladie ; singulière enquête !

Malgré sa mauvaise volonté, contraint par l'Assemblée générale, le Bureau de l'Association générale a adressé, paraît-il, une circulaire aux présidents des sociétés locales. (Celle de l'Oise n'a rien reçu ; pourquoi ?) Malgré les décisions de la commission spéciale du 17 novembre, il n'a pas voulu fondre en un seul le projet de statuts de l'Oise, amendé par celui de la Gironde et soumettre ainsi un objet de délibérations intelligible et acceptable à l'appréciation des membres de l'Association.

C'est ce que nous apprend, au moment de mettre sous presse, la lettre suivante d'un de nos correspondants. Nous n'exprimerons pas les sentiments d'amertume que nous inspirent les moyens ridicules, enfantins, employés pour faire échec à une œuvre digne, de l'avis de tous, d'un examen approfondi. Nous livrons ces procédés à l'appréciation de tous les médecins qui liront ce numéro. A eux de sauvegarder leur dignité !

Très honoré Directeur et Confrère,

Je trouve dans mon courrier d'aujourd'hui les circulaires ci-jointes de notre association locale qui me paraît *faire tout ce qu'il faut pour empêcher d'aboutir le projet d'indemnité-maladie.* Je m'empresse de vous les adresser afin que vous jugiez vous-même du procédé : délai de réponse insuffisant, ne nous permettant pas de nous concerter et de dénoncer la fausseté des indications fournies quant aux chiffres des cotisations qui sont évidemment fort exagérés. Question 5e et 6e qu'individuellement nous n'avons pas à solutionner. Question 3e à laquelle tout le monde répondra évidemment par la négative, ainsi qu'à la question n° 2 qui en découle. Vous pourrez ainsi juger de la bonne foi de notre association qui, déjà, lors de notre réunion, a cherché à enlever un vote défavorable au projet et que nous avons déjoué en votant le principe de l'indemnité maladie.

Je crois, en tout cas, que le prochain numéro du Concours devra dévoiler cette manœuvre.

Bien à vous.

Cher Confrère,

Le Conseil général de l'Association des Médecins de France, continuant l'étude de la question *Assurance-Maladie*, nous adresse une circulaire demandant l'avis de chaque Société locale et des renseignements sur le nombre probable des adhérents à cette fondation, « mise sous le patronage moral de l'Association générale, « mais placée formellement en dehors de son fonctionnement, de sa caisse et de sa responsabilité. »

La circulaire ajoute les indications suivantes :

« Il ne vous échappera pas qu'en tout état de cause, il a été reconnu par tous les auteurs de projets :

» 1° Qu'une cotisation supplémentaire *minimum* de 48 fr. par an pour obtenir, en cas de maladie, une Indem» nité de 5 fr. par jour, et de 96 fr. par an pour obtenir une indemnité de 10 fr. par jour, serait exigible de tous » les membres la nouvelle association ;

» 2° Que les finances de celle-ci resteraient absolument distinctes de la caisse de l'Association générale et » seraient administrées et gérées par un conseil et un trésorier choisis parmi les adhérents à la société de l'*As*» *surance-Maladie.* »

Ne pouvant vous convoquer, à cette époque de l'année, en assemblée générale et obligés de transmettre cependant les renseignements demandés le plus tôt possible, nous vous adressons ci-joint un questionnaire auquel nous vous prions de répondre avant samedi 20 décembre courant. Ce jour, à deux heures et demie, aura lieu la réunion de notre Commission administrative. Ceux d'entre vous qui voudraient y assister pourront venir y exposer leurs idées et y soumettre leurs propositions.

Le Bureau de la Commission.

Demandes !

1° Etes-vous partisan de la création d'une caisse d'assurance en cas de maladie ? 2° Seriez-vous disposé à y adhérer ? 3° Pour quelle cotisation ? (48 fr. par an pour une indemnité de 5 francs par jour, ou 96 fr. par an pour une indemnité de 10 fr.) 4° Quelles conditions devraient, suivant vous, être imposées aux adhérents ? (santé, âge, payement, etc.). 5° Comment établir le contrôle nécessaire pour fixer le nombre de jours de maladie ? 6° Par qui sera administrée et gérée cette nouvelle association ?

Adresser les réponses, avant le samedi 20 décembre courant.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

I. — *Promenades d'un Médecin à travers l'Exposition*, par le Dr Georges Crouigneau, précédées d'une préface de M. le Doct. Dujardin-Beaumetz, magnifique in-8° de 515 pages, orné de 221 gravures, dont 7 hors texte et 3 cartes ; prix fort, 7 fr. 50, net *franco* 6 fr. pour MM. les membres du Concours médical.

II. — *Les suggestions criminelles*, par le Dr E. Laurent, ancien interne des prisons de Paris. In-8° raisin de 60 pages ; *cinq portraits hors texte*, prix 2 fr. *Net franco* 1 fr. 60 pour MM. les membres du Concours.

III. *Voyage en Sibérie.* Le chemin de fer trans-sibérien, par Edgar Boulangier. Un beau volume in-8° jésus, illustré de plus de 100 gravures sur bois. Prix broché : 7 fr. 50. Orné d'une magnifique couverture en deux couleurs signée G. Profit. Ce livre est le plus beau volume que MM. nos confrères puissent offrir en étrennes. *Peut être lu par les demoiselles.*

IV. — Sous presse : On peut dès maintenant s'inscrire en adressant un mandat de 4 fr. pour recevoir, dès qu'il paraîtra (janvier au plus tard), le *Formulaire de médecine pratique* du Dr E. Monin, in-18 raisin de 600 pages, reliure anglaise avec table des médicaments. Prix fort : 5 fr.

V. — Sous presse : *Guide annuel de pratique médicale* (compendium du clinicien pour 1891) publié sous la direction scientifique de M. le Dr Letulle, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, par MM. les Drs Lesage, Nicolle, Demelin et Morat, internes des hôpitaux de Paris, grand in-18 de 800 pages, reliure anglaise, très portatif, comprendra tous les renseignements pratiques, sera en un mot pour le praticien une sorte d'annuaire médical du bureau des longitudes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de deux membres du *Concours médical*, M. le docteur Palle, d'Epernay, vice-président de la Société locale du département de la Marne et de M. le docteur Roustan père, de Creil (Oise), membre de la Société locale et doyen des médecins du chemin de fer du Nord.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le docteur Mainguy, de Viellevigne (Loire-Inférieure), présenté par le docteur Miguen, de Montaigu.

M. le docteur Metge, de Châteaumeillant (Cher), présenté par M. le docteur Guillot, de Châteaumeillant.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Douzieme année N° 52 27 Décembre 1890

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Où en est la méthode de Koch.

Marche de la fièvre. — Effets cumulatifs.— Variations de l'oxyhémoglobine.— Endocardites. — Arthropathies.

Les médecins parisiens ont continué à garder vis-à-vis de la découverte de Koch la seule attitude qui convînt. Ceux qui étaient en situation de poursuivre avec fruit les expériences de contrôle observent et notent froidement les résultats obtenus.

M. Cornil à Laënnec, M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau et la Commission des médecins de St-Louis composée de MM. Ernest Besnier, Vidal, Fournier, Hallopeau, Quinquaud et Tenneson avec leurs assistants, MM. Thibierge, Feulard et Brocq, sont arrivés à constater des faits intéressants qui n'ont pas été mentionnés à Berlin, probablement parce qu'ils n'ont pas été vus. Les expériences sur l'homme étaient encore si récentes et si incomplètes quand on a lancé la lymphe nationale avec estampille du gouvernement !

La marche de la fièvre, premier phénomène si curieux après l'injection de Koch, est mieux connue grâce aux recherches de M. Cornil. Ainsi la réaction thermique ne se fait pas toujours en un seul jour même avec des doses faibles de 1/2 et 1 milligramme. Dans le lupus, sans complication viscérale de nature à influer sur la température, on peut voir plusieurs types : ou bien la température monte en 6 à 12 heures pour redescendre en 3 ou 4 heures, puis survient une nouvelle ascension rapide, suivie d'une nouvelle défervescence, de manière à présenter deux sommets séparés par des intervalles de douze heures comme dans la fièvre intermittente quotidienne ou bien la courbe présente trois ascensions successives pendant trois jours. Ce qu'il est surtout important de savoir, c'est que l'accoutumance à une dose donnée, qui avait été posée comme une loi par Koch, est bien loin d'être constante. Ainsi plusieurs fois on a vu à St-Louis un malade qui, après une première injection de 1 milligramme, n'avait eu qu'une réaction générale très modérée (38°5), présenter, après une deuxième injection de la même dose faite trois jours après, une température de 39°5, et à la troisième injection toujours à la même dose atteindre 40°. M. Cornil cite un cas dans lequel après l'injection il n'y avait eu qu'une réaction locale assez intense dans les 24 heures, mais sans trace de réaction générale au début ; au contraire la température descendit à 36° et resta basse pendant les premières 24 heures ; mais, entre le second et le quatrième jour, il y eut trois ascensions successives montant à 39°5 et même à 40° pour la dernière, observée le quatrième jour après l'unique injection. Il faut conclure de tels faits que les effets pyrétogènes de la lymphe de Koch peuvent s'accumuler silencieusement pour éclater ensuite brusquement et parfois sous forme d'accidents graves. Un médicament aussi irrégulier dans ses effets, fût-il efficace, sera-t-il jamais maniable ? Sur quelles bases en fixer la posologie ?

M. Hénocque, d'une compétence connue en hémato-spectroscopie, a recherché les variations de l'oxyhémoglobine sur les malades de M. Cornil ; 13 fois sur 22 il y a eu diminution de la quantité d'hémoglobine.

Il y a eu plusieurs améliorations incontestables dans l'état local des lupiques à St-Louis. Mais il faut ajouter que dans le cas que M. Besnier considère comme ayant été le plus avantageusement modifié— non pas guéri, bien entendu,—on a vu apparaître chez le malade une endocardite aiguë qui a donné naissance aux signes stéthoscopiques d'une double insuffisance mitrale et aortique. M. Besnier ajoute que même l'amélioration locale la plus nette qu'il ait vue avec la lymphe de Koch ne dépasse pas celles qu'il a plus d'une fois observées sur des lupus après l'évolution d'une maladie fébrile intercurrente, d'un érysipèle par exemple.

On doit encore citer comme un cas peu encourageant celui qu'a vu M. Lannelongue chez un jeune lupique sans complication aucune des viscères, des articulations, ni des os. Deux injections successives de la lymphe sont suivies des phénomènes généraux et locaux ordinaires sans aucune particularité propre à mettre en défiance. On fait alors une troisième injection avec la même dose que la seconde et huit jours pleins après la première ; or cette troisième injection est suivie dès le soir même d'arthropathies multiples (genou, coude, poignet, épaule, hanche, voire même

articulations du rachis) avec épanchement abondant dans les deux genoux. Faut-il admettre que l'action de la lymphe a provoqué la formation à distance de nouveaux foyers tuberculeux grâce à la vaso-dilatation qu'elle produit ? Car s'il s'était agi d'accidents tuberculeux jusque-là latents, ils eussent été révélés lors des deux premières injections.

Dans sa 4e conférence de Laënnec, faite dimanche 21 et qui clôt une première série, — le professeur, ajournant ses auditeurs à un mois au moins jusqu'à ce qu'il ait des faits nouveaux à leur faire connaître, — M. Cornil a donné quelques détails nouveaux sur l'examen histologique du tissu lupique après l'injection de la lymphe. Les bacilles se trouvent en quantité très grande dans l'exsudat séro-purulent qui suinte à la surface du lupus ; cette évacuation des bacilles ne peut être que favorable. M. Cornil pense donc qu'il faut continuer à faire bénéficier les lupus de la nouvelle méthode, sauf dans les cas où ils sont accompagnés de nombreuses ou profondes lésions viscérales. Les laryngologistes en tireront aussi probablement un certain parti à la condition de se tenir prêts à racler, curer et cautériser les ulcérations au fur et à mesure de leur apparition. Les chirurgiens pourront sans doute utiliser la lymphe de Koch comme auxiliaire de leurs autres moyens thérapeutiques pour certaines tuberculoses osseuses et articulaires. Mais il est infiniment probable qu'il faudra renoncer à traiter par le procédé de Koch la tuberculose pulmonaire, si ce n'est peut-être tout au début dans certains cas torpides. M. Cornil ne traitera plus désormais aucun phthisique.

Réglementation officielle du traitement de Koch à Vienne.

Tout ce que nous venons de dire n'est pas de nature à faire blâmer le conseil supérieur de santé d'Autriche-Hongrie qui, sur le rapport de MM. Drasche et Weichselbaum, a décidé que le traitement des malades par le remède de Koch devait être interdit en ville et en dehors des hôpitaux soumis au contrôle de l'Etat ; les médecins qui voudront faire des injections de lymphe devront faire une déclaration préalable aux autorités et justifier l'origine de la lymphe employée. Sur quoi, l'Association *des médecins de la circonscription-sud de Vienne*, une des plus importantes de la ville, a voté la résolution suivante, dans une séance plénière :

« L'Association considère la précipitation avec laquelle la méthode de Koch a été jugée au point de vue scientifique comme fâcheuse. Elle regarde comme incompatible avec la dignité professionnelle la précipitation avec laquelle quelques médecins ont exploité la découverte de Koch, et elle déclare s'associer aux mesures dirigées contre cette manière de faire. Mais, dans le cas où les propositions du Conseil supérieur de Santé porteraient préjudice aux droits des médecins praticiens, l'Association proteste contre ces propositions. (*Wiener medizinische Presse*, no 49.) »

Traitement du lupus par des injections sous-cutanées d'iodoforme à distance.

Il nous paraît juste de citer une note dans laquelle M. *Morel-Lavallée*, ancien chef de clinique du professeur Fournier à Saint-Louis, rappelle qu'il a fait connaître il y a un peu plus de deux ans, dans le 1er fascicule du t. II des Etudes sur la tuberculose publiées sous la direction de M. Verneuil, les résultats encourageants d'expériences entreprises par lui sur le lupus au moyen d'injection *à distance* d'une solution d'iodoforme — dont il n'avait pas caché la composition, ajoute-t-il plaisamment. Pour les lupus des mains les injections étaient faites soit à la racine du membre, soit à la fesse ; pour les lupus de la face, entre les deux omoplates ou aux fesses. L'injection se composait d'une solution d'huile de vaseline iodoformée à 1 %, à la dose de 2 gr. par jour. L'action locale sur le tissu lupeux, visible parfois au bout de 24 à 48 h., était accentuée et parfois intense au bout de 5 à 6 jours. Des améliorations remarquables furent notées. La modification imprimée au lupus était essentiellement décongestive et tendait à faire évoluer vers l'organisation fibreuse, son mode normal de guérison. M. Morel-Lavallée ne se leurre pas de l'espoir d'avoir trouvé un moyen capable de guérir à lui seul le lupus ; mais il y voit un adjuvant puissant au traitement chirurgical, tant les améliorations obtenues en un mois étaient considérables. Aussi nous paraît-il bien en droit d'écrire ceci.

« Tant que la méthode aujourd'hui en cours d'expérimentation n'aura pas donné *cliniquement* de résultats définitifs au point de vue de la guérison du lupus, on pourra se demander s'il n'est pas préférable de s'en tenir à une méthode française, déjà vieille de deux ans. Avec le procédé allemand, on peut vraisemblablement arriver à une amélioration de l'affection par la rapide dégénérescence nécrosante et l'élimination des tubercules nodulaires, laquelle amélioration n'est, dans tous les cas, obtenue qu'au prix du développement local et général de phénomènes morbides, dont l'intensité peut aller jusqu'à menacer la vie. Avec le traitement français, la suppuration et les incidents qu'elle peut entraîner ne sont pas à redouter, puisqu'au contraire les lésions lupeuses tendent à s'assécher et marchent à la sclérose, et l'état général du malade ne peut qu'être amélioré par une médication « spécifiquement » reconstituante.

De la transfusion du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose.

Nous avons fait connaître il y a quelque temps un travail sur le vaccin de chèvre par MM. le Dr *G. Bertin*, professeur, chargé du cours d'hygiène à l'école de médecine de Nantes, médecin des hôpitaux de cette ville et *J. Picq*, vétérinaire, directeur du service sanitaire des abattoirs de Nantes. Ces messieurs ont constaté depuis que la transfusion du sang de chèvre aux lapins détermine chez eux une immunité, préventive ou curative, contre la tuberculose suivant le moment où ils sont transfusés ou inoculés. Voici du reste les conclusions qui terminent un mémoire adressé par eux à l'Académie le 9 novembre dernier :

« Le sang de chèvre transfusé détermine chez les lapins inoculés avec des produits tuberculeux un *état bactéricide*, grâce auquel les organismes résistent à l'invasion du bacille quand la transfusion a lieu en même temps que l'inoculation, et si au contraire la transfusion est postérieure à l'inoculation, elle permet à ces mêmes organismes

de triompher alors que les bacilles ont commencé leur action destructive.

Cet *état bactéricide*, obtenu chez nos animaux par la transfusion du sang de chèvre, ne pourrait-il pas également être obtenu chez les phtisiques ? Ce sang d'un animal réfractaire à la tuberculose ne pourrait-il pas jouer chez l'homme le rôle d'un vaccin, ou tout au moins dans le cas d'invasion bacillaire, arrêter comme chez les lapins la marche de ces micro-organismes et conférer une immunité curative ?

Les faits précédents pourraient le faire croire et nous sommes tout préparés à appliquer cette transfusion sur les premiers phthisiques qui voudront bien s'y soumettre : des expériences de transfusion avec du sang de mouton ayant déjà été faites à l'homme sans déterminer d'accidents, nous croyons être dans le vrai en appliquant ce mode de traitement. »

De l'influence de l'alimentation au lait de chèvre sur la santé des jeunes enfants et comme moyen de faciliter l'application de la loi Roussel.

Le Dr *Morisset* est lui aussi un avocat de la chèvre. Dans une communication qu'il faisait au Congrès d'hygiène et de démographie en 1889, il disait qu'avec la loi Roussel, en utilisant la chèvre comme nourrice, en substituant au biberon l'allaitement direct par cet animal, on arriverait à diminuer le taux de la mortalité dans le premier âge.

Le lait de la chèvre contient moins d'eau, plus de principes salins et de matières solides que celui de la femme et favorise par ce fait le développement du système dentaire. Quant à l'insuffisance du sucre, on peut la corriger en alimentant sa chèvre avec des betteraves. Le lait de la nourrice, quelquefois épuisée par la misère, est souvent médiocre, tarit au bout de quelques mois, varie sous l'influence d'émotions imprévues et peut servir de véhicule au microbe de la tuberculose ou transmettre une autre maladie constitutionnelle. Le lait de chèvre présente au contraire une abondance et une fixité fort utiles ; et en supposant même qu'il contienne des propriétés toniques spéciales, susceptibles de communiquer au nourrisson un caractère capricieux, en quoi cette nervosité pourrait-elle nuire à la constitution nativement débile de certains enfants parisiens ?

Il est certain que l'industrie nourricière pourrait être détruite par l'emploi de la chèvre nourrice. Pourquoi n'établirait-on pas dans chaque bureau de placement une catégorie de nourrices munies d'un certificat constatant qu'elles sont propriétaires d'une chèvre capable d'allaiter un enfant pendant un an. C'est une lacune d'autant plus regrettable, que les nourrices au sein, abstraction faite des filles-mères, deviennent de plus en plus rares dans les campagnes où les femmes, depuis l'invention du biberon à tube, ont, soit par paresse ou mode, abandonné l'allaitement maternel.

La chèvre fournira, à peu de frais, surabondamment, un lait qui, par un privilège aujourd'hui bien constaté, ne contient jamais comme le lait de vache le bacille de la tuberculose. Pour une somme modique, la nourrice achètera une chèvre, qu'elle choisira de préférence blanche et sans cornes, cette variété étant surtout remarquable par sa douceur, l'absence d'odeur de son lait, son goût pour la stabulation et la conformation favorable de ses tétines. La chèvre, on l'a justement dit, est la vache du pauvre. Elle se contente de toutes les herbes qu'elle rencontre, absorbe même les plantes vénéneuses, sans que son lait soit intoxiqué. Il n'y a, dit Boudard, pas de chèvre qui ne veuille se prêter à son rôle de nourrice. On présente l'enfant à la chèvre, attachée ou tenue par la barbiche, en le plaçant sous elle, la tête appuyée sur le bras droit, tandis que de la main gauche on amène dans sa bouche un des trayons légèrement pressé et on l'y maintient pendant tout le temps de la tétée. Au bout de quelques séances, l'animal se prête de bonne grâce à l'allaitement qu'elle semble même réclamer au moindre cri de l'enfant. Si pour une cause dépendant de la chèvre ou de la nourrice, l'allaitement direct ne pouvait être pratiqué, on a toujours la ressource précieuse de traire, à des heures régulières, dans le biberon, du lait qui, immédiatement absorbé, conservera ses qualités vivantes, sans qu'il ait été altéré par le temps et qu'il ait perdu la combinaison biologique intime des principes qui le constituent au moment où il sort de sa glande mammaire.

Ce sont surtout les enfants nouveau-nés de Paris, nativement débiles, fatigués par un long voyage qui, à l'arrivée au village, à défaut du sein de la nourrice, ont besoin d'un lait réparateur comme celui de la chèvre. Les rapports des médecins inspecteurs sont unanimes à reconnaître que la mortalité est beaucoup plus considérable dans les premiers mois de l'existence et atteint surtout les enfants de Paris.

On diminuerait, à coup sûr, le taux de la mortalité dans le premier mois, en employant le mode d'élevage précédent, qui permettrait d'éviter l'alimentation prématurée, l'usage des bouillies, des soupes dont on bourre encore, malgré l'avis des médecins, l'estomac des enfants et qui sont la cause la plus fréquente de l'athrepsie.

Combien, avec la chèvre-nourrice, l'application de la loi Roussel et l'inspection médicale seraient facilitées ! D'après cette loi, le médecin inspecteur doit visiter l'enfant immédiatement après son arrivée. Mais il faut bien avouer que le praticien, souvent non averti à temps, aura, malgré le dévouement traditionnel de la profession, une tendance à remettre à une tournée générale, un examen qui nécessiterait quelquefois un déplacement de 30 à 40 kilomètres, pour lequel une allocation dérisoire de un franc lui est accordée. Et cependant cette première visite a une importance capitale, car l'enfant peut être faible ou atteint de syphilis.

Dans le premier cas, le médecin peut, par ses conseils, enrayer les troubles morbides qui menacent la vie du nourrisson. Si l'enfant est syphilitique, la nourrice renseignée sur le péril qui la menace prendra les précautions nécessaires pour se soustraire, elle et ses enfants, à la maladie vénérienne, qui d'une manière insidieuse pourrait être inoculée à toute sa famille. Mais aussi, il faut bien le dire, le diagnostic de la syphilis est quelquefois obscur. Il arrive souvent que la nature de certains érythèmes fessiers, affection si commune de l'enfance, crée dans l'esprit du médecin une perplexité qui peut l'empêcher d'exiger le retrait d'un enfant réellement infecté et par suite très dangereux pour la nourrice.

En pareille circonstance la chèvre, réfractaire à toute inoculation syphilitique, sauvegardera la santé de l'enfant et de la nourrice qu'une obscu-

rité de diagnostic aurait pu compromettre. Le lait même de la chèvre pourra être modifié au gré du médecin par une alimentation appropriée et servir ainsi de véhicule commode au médicament indiqué pour guérir l'enfant.

En outre la chèvre, garantie de santé pour l'enfant, source d'économie pour sa nourrice, devient un moyen de dégrèvement pour le budget des départements qui sont obligés de réduire le nombre des visites du médecin inspecteur, et atténue sensiblement les inconvénients de cette réduction de l'inspection médicale.

Recherche des hématozoaires du paludisme.

M. *Laveran* estime que l'examen du sang des individus atteints de fièvres palustres est devenu une question de médecine pratique. Dans les pays chauds cet examen peut rendre de grands services, car le paludisme se présente sous des formes variées et dans bien des cas il est réellement difficile de distinguer par exemple une fièvre typhoïde d'une fièvre continue palustre, une insolation d'un accès pernicieux; l'examen du sang permet alors de porter rapidement un diagnostic précis; dans les pays tempérés, quoique moins fréquent, l'embarras de diagnostic existe souvent, et l'examen du sang sera ici aussi très utile.

A quel moment faut-il faire cet examen?

Les hématozoaires ne se trouvent pas toujours dans le sang; ils disparaissent dans l'intervalle plus ou moins long des attaques et même dans l'intervalle des accès, sauf chez les individus très infectés. Il faut donc rechercher les micro-organismes au moment des accès, de préférence au début de ces accès ou un peu avant, et surtout avant de donner de la quinine, car ce médicament fait disparaître rapidement certains éléments, les flagella par exemple; les corps en croissant résistent plus longtemps à la quinine.

On peut examiner le sang frais ou desséché.

L'examen du sang frais est nécessaire pour trouver certains éléments (flagella) et pour constater les mouvements amiboïdes des éléments. L'examen du sang desséché présente l'avantage de donner des préparations persistantes.

La piqûre d'un doigt, bien lavé et bien séché, donne une goutte de sang que l'on recueille rapidement pour éviter la déformation des globules. On fait une préparation très mince qu'il n'est pas nécessaire de luter, car la coagulation se produit sur les bords; la partie centrale reste au contraire liquide et on peut, encore une heure après, pratiquer l'examen microscopique. On se servira de l'objectif 8 ou 9 de Verick. La lumière naturelle est la meilleure.

On reconnaît alors les corps en croissant libres, les corps sphériques pigmentés libres et les corps sphériques adhérents aux hématies; ces derniers sont assez difficiles à voir. A la température normale on apercevra nettement les mouvements de flagella et les mouvements amiboïdes des corps sphériques.

Pour examiner le sang desséché, on recueille une goutte entre deux lamelles, de façon à bien étaler le sang sur une couche très mince, puis on passe chacune de ces lamelles dans la flamme d'une lampe à alcool; les globules sont alors fixés et l'on a d'excellentes préparations pouvant se conserver très longtemps. Les corps en croissant et les corps sphériques pigmentés sont très visibles; il n'en est pas de même des corps sphériques adhérents aux hématies et non pigmentés. Pour les voir on peut faire des préparations colorées. Après avoir passé une lamelle dans la flamme de la lampe à alcool, on se sert, d'après le procédé de Roux, d'un mélange à parties égales d'alcool et d'éther pour mieux fixer les globules; puis on laisse pendant 30 secondes la préparation dans une solution concentrée de bleu de méthylène; on lave, on sèche et on monte la préparation à sec; le baume de Canada trouble les préparations. Les éléments parasitaires se présentent alors avec une coloration bleu pâle, et il est facile de les reconnaître.

On peut aussi obtenir une double coloration par l'emploi d'une solution aqueuse d'éosine et d'une solution de bleu de méthylène. Les préparations ainsi obtenues sont très belles et très nettes, mais le procédé est assez difficile à appliquer.

REPORTAGE MÉDICAL

Un Institut de Médecine légale à Paris. — La question de la création, à Paris, d'un institut médico-légal a déjà été soulevée en 1885, par M. Brouardel. A cette époque, il fit valoir que le sentiment de répugnance manifesté par le public à l'égard de la Morgue était très admissible; que la Morgue d'ailleurs était insuffisante pour le nombre des autopsies allant toujours s'accroissant. Enfin, il démontra que les réclamations du public pouvaient facilement se concilier avec les rigueurs de la loi et les *besoins de la science*; sa proposition de créer un institut médico-légal fut adoptée en principe. Pour faire face aux frais de cette dépense qui relève principalement du département, le conseil général et le conseil municipal offrirent chacun pour leur part un million. De plus, l'Etat donnait gratuitement 1,400 mètres de terrain, situé au coin de la rue Chanoinesse et de la rue du Cloître-Notre-Dame. Aussitôt les devis furent dressés par un architecte aujourd'hui décédé. Mais pour un édifice dont le plan ne comportait, à l'avis de M. Brouardel, qu'un étage et une cour d'assez grande dimension, ces devis montèrent au chiffre exagéré de trois millions. *C'est toujours la même chose!* On dut abandonner l'affaire. Aujourd'hui, à la suite de nombreuses réclamations formulées par la presse médicale, grâce aussi aux démarches multipliées de M. Brouardel, M. Alpy, ancien magistrat et conseiller municipal du quartier de l'Odéon, va soumettre la question à ses collègues du conseil général de la Seine. Après avoir conféré au point de vue de l'installation technique avec M. Brouardel, M. Alpy a déposé, sur le bureau du conseil général une proposition ayant pour objet la création, à Paris, d'un institut médico-légal. Cet établissement, destiné à pratiquer les recherches médico-légales, sera absolument distinct, mais autant que possible voisin de la Morgue. En outre, il sera installé de façon à pouvoir permettre l'enseignement de la médecine légale pour les étudiants de la Faculté de Paris.

Dans l'exposé des motifs qui précède sa pro-

position, M. Alpy montre tout l'intérêt qu'il y aurait à rattacher à ce nouvel établissement médico-légal le laboratoire de toxicologie.

(*Progrès médical.*)

— M. *Pierre Fleury*, inspecteur des enfants assistés du *Cher* et de la *Creuse*, vient d'être nommé au même titre à l'inspection importante de l'Orne qui compte environ 6.000 enfants, presque tous originaires de la Seine. M. Fleury aura, nous l'espérons, les mêmes succès dans l'Orne que dans ses précédentes inspections. Son étude sur l'*impôt des célibataires* a été communiquée récemment par M. Jules Simon à l'Académie des sciences.

— Les cas de mort par inoculation de la *lymphe de Koch* se multiplient. En France le premier signalé est celui qui s'est produit à Saint-Louis. Les excès que le gouvernement Allemand prétendait empêcher se sont produits : ils sont scandaleux ; il n'est même pas certain que le liquide inoculé n'ait pas encore été falsifié. La presse médicale étrangère et la presse française sont unanimes à protester contre le secret que M. Koch persiste à garder : cette situation ne peut se prolonger. Ne serait-il pas temps que les *savants de tous pays se concertent pour faire, en dehors de toute attache gouvernementale, une démarche collective pour rappeler les maîtres de M. Koch aux saines traditions scientifiques?* La méthode, que personne ne peut améliorer, ne la connaissant pas, a fait déjà des victimes. Il ne faut pas attendre qu'elle en ait fait encore plus.

FORMULAIRE

Préparations sulfo-ricinées.

M. le Dr *P. Yvon* a publié dans le *Progrès médical* plusieurs formules importantes ayant pour base un excipient dont nous avons déjà parlé et qui permet de dissoudre plusieurs corps insolubles ou peu solubles.

Acide Sulforicinique et Sulforicinates.

Lorsque l'on fait agir, dans certaines conditions, l'acide *Sulfurique pur* sur l'*Huile de Ricin* on obtient un produit ayant la consistance d'un sirop épais, de couleur jaune foncée ; c'est *l'acide sulforicinique*. En neutralisant exactement avec de la Soude on obtient le *Sulforicinate de Soude*, c'est ce produit qui est utilisé comme excipient, il présente de nombreux avantages ; il adhère fortement à la peau et aux muqueuses auxquelles il assure un contact prolongé avec les médicaments antiseptiques (Berlioz et Ruault). Il donne de très bons résultats dans le traitement de la *Tuberculose laryngée ulcéreuse, de l'Ozène* et surtout de la *Diphtérie*.

Phénol Sulforiciné.

XIV. — Sulforicinate de Soude. 100 grammes.
Acide phénique pur (Phénol absolu)..... 40 —

Faites dissoudre en chauffant un peu : on prépare de même les solutions à un titre plus faible renfermant 30 ou 20 de principe actif.

Cette préparation est surtout employée dans la diphtérie ; on fait des badigeonnages avec un pinceau de charpie.

Naphtol Sulforiciné.

XV. — Sulforicinate de Soude. 100 grammes.
Naphtol β............... 10 —

Faites dissoudre : Deux cuillerées à bouche dans un litre d'eau. L'émulsion qui en résulte est employée en lavage dans l'ozène et fait rapidement disparaître la mauvaise odeur.

Créosote Sulforicinée.

XVI — Sulforicinate de Soude. 100 grammes.
Créosote de Hêtre..... 15 —

On l'emploie pure ou émulsionnée (2 cuillerées à bouche dans un litre d'eau) dans le traitement de la tuberculose laryngée.

Salol Sulforiciné.

XVII — Sulforicinate de soude. 100 grammes.
Salol .... 15 —

Pur ou mélangé à l'eau (2 cuillerées à bouche par litre) dans le traitement et pour le lavage des ulcères.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

MM. les Drs MAILLIER, de Cailly (Seine-Inférieure), de FISSON, de Château-Regnault Bogny (Ardennes), présentés par M. le Dr Boyron, de Hautes-Rivières.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort de deux membres du Concours médical, Messieurs les Docteurs Lefèvre, de Bonnières (Seine-et-Oise) et Carel, de Favières (Meurthe-et-Moselle), membre de la Société locale de l'arrondissement de Nancy.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hypnotisme, du Dr Foveau, de Courmelles (Bibliothèque des Merveilles, avec 42 gravures de Laurent Gsell), Librairie Hachette, 79, boulev. Saint-Germain.

L'hygiène des petits enfants, par le docteur Pommageot médecin consultant aux Eaux de Bains-les-Bains (Vosges) : Habillement. — Toilette. — Sorties. — Alimentation : choix de la nourrice, ses obligations ; lait et biberon. — Sevrage. — Dentition. — Vaccination, etc. Prix : 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André. Maison spéciale pour journaux et revues.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1890

Cette Table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. III. Bulletin de l'Union des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

B

C

II

Partie Professionnelle

F

H

I

J

L

M

N

O

P

R

S

III

Bulletin de l'Union des Syndicats